

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. Y.D DI PUSKESMAS DANGA TANGGAL 10 MEI S/D 25 JUNI 2018

Sebagai Laporan Tugas Akhir Yang Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu
Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan Pada Program
Studi DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Oleh

TARSISIA YASINTA EMBUREA
NIM. PO.5303240171221

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN KUPANG
2018**

HALAMAN PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. Y.D
DI PUSKESMAS DANGA TANGGAL 10 MEI S/D 25 JUNI 2018**

Oleh

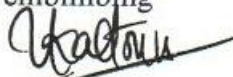
TARSISIA YASINTA EMBUREA
NIM. PO.5303240171221

Telah disetujui untuk diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Laporan Tugas Akhir Program Studi Kebidanan Politeknik Kesehatan

Kemenkes Kupang

Padatanggal : 27 Juli 2018

Pembimbing



Ummi Kaltsum S. Saleh, SST, M.Keb

NIP. 19841013 200912 2 001

Mengetahui

 Ketua Prodi DIII Kebidanan Kupang



Dr. Mareta B. Bakot, SST, MPH

NIP. 19760310200012 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

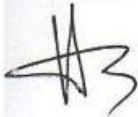
**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. Y.D
DI PUSKESMAS DANGA TANGGAL 10 MEI S/D 25 JUNI 2018**

Oleh:

TARSISIA YASINTA EMBUREA
NIM. PO.5303240171221

Telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Pada tanggal : 28 Juli 2018

Penguji I




Hasri Yulianti, SST, M.Keb
NIP. 19811206 200501 2 002


Penguji II



Umami Kaltsum S. Saleh, SST, M.Keb
NIP. 19841013 200912 2 001

Mengetahui

 Ketua Prodi DIII Kebidanan Kupang


Dr. Mareta B. Bakoil, SST, MPH
NIP. 197603102002 12 2 001

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Tarsisia Yasinta Emburea

NIM : PO.5303240171210

Jurusan : Kebidanan

Angkatan : I (Pertama)

Jenjang : Diploma III

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul:

“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. Y.D DI PUSKESMAS DANGA TANGGAL 10 MEI S/D 25 JUNI 2018”

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Ende, 25 Juni 2018

Penulis

Tarsisia Yansinta Emburea

NIM.PO.5303240171210

RIWAYAT HIDUP

Nama : Tarsisia Yasinta Emburea
Tempat tanggal lahir : Bajawa, 27 juni 1967
Agama : Katolik
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : RT. 17, Kelurahan Danga, Kec. Aesesa, Kab.
Nagekeo
Riwayat Pendidikan : SDK Trikora, tahun 1981
SMPN Bajawa, tahun 1984
SPK Depkes Ende, tahun 1988
PPBA di SPK Depkes Ende 1994
DIII Kebidanan Poltekes Kemenkes Kupang
(Kelas RPL Ende), 2017 sampai sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karunia yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. Y.D DI PUSKESMAS DANGA TANGGAL 10 MEI S/D 25 JUNI 2018”**, dengan baik dan tepat waktu.

Laporan Tugas Akhir ini penulis susun untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh derajat Ahli Madya Kebidanan di Prodi DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang. Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini penulis telah mendapatkan banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

- 1) R. H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kupang.
- 2) Mareta B. Bakoil, SST, MPH, selaku Ketua Prodi DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
- 3) Kepala Puskesmas Danga beserta pegawai yang telah memberi ijin dan membantu penelitian ini.
- 4) Umami Kaltsum S. Saleh, SST., M.Keb, selaku pembimbing dan Penguji II yang telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis sehingga laporan tugas akhir ini dapat terwujud.
- 5) Hasri Yulianti, SST., M.Keb, selaku Penguji I yang juga telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
- 6) Suami dan anak-anak tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material, serta kasih sayang yang tiada terkira dalam setiap langkah kaki penulis.
- 7) Seluruh teman-teman mahasiswa Jurusan Kebidanan Program RPL

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi maupun kompetisi yang sehat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

- 8) Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang ikut andil dalam terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, hal ini karena adanya kekurangan dan keterbatasan kemampuan penulis. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.

Juni 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	I
HALAMAN PERSETUJUAN	Ii
HALAMAN PENGESAHAN	Iii
HALAMAN PERNYATAAN	Iv
RIWAYAT HIDUP	V
KATA PENGANTAR	Vi
DAFTAR ISI	V
DAFTAR SINGKATAN	Vi
DAFTAR TABEL	Vii
DAFTAR GAMBAR	Viii
DAFTARLAMPIRAN	Ix
ABSTRAK	X
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
E. Keaslian Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. TeoriMedis	6
B. Standar Asuhan Kebidanan	156
C. Kewenangan Bidan	159
E Kerangka Pikir	161
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	162
B. Lokasi dan Waktu	162
C. Subyek Laporan Kasus	162
D. Teknik Pengumpulan Data.....	163

E. Penelitian	163
F. Instrumen	165
G. Etika Penelitian	165
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Lokasi Penelitian	168
B. Tinjauan Kasus	169
C. Pembahasan	221
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	234
B. Saran	234
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR SINGKATAN

Hmt	: <i>Haematokrit</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: <i>Human Placental Lactogen</i>
HIV	: <i>Human Immuno Deficiency Virus</i>
INC	: <i>Intranatal Care</i>
IM	: <i>Intra Muskular</i>
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IUD	: <i>Intra Uterin Device</i>
IU	: <i>International Unit</i>
IV	: <i>Intra Vena</i>
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kekurangan Energi Kronis
KF	: Kunjungan Nifas
KIA	: Kesehatan Ibu Anak
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
KN	: Kunjungan Neonatal
KMS	: Kartu Menuju Sehat
Kg	: Kilogram
K1	: Kunjungan Pertama
K4	: Kunjungan Keempat
KIS	: Kartu Indonesia Sehat
KG	: Kantong Gestasi
KRR	: Kehamilan Risiko Rendah

KRT	: KehamilanRisikoTinggi
KRST	: KehamilanRisikoSangatTinggi
KSPR	: KartuSkorPoedjiRochjati
Kemenkes	: KementerianKesehatan
KTD	: KehamilanTidakDiinginkan
KPD	: KetubanPecahDini
LBK	: LetakBelakangKepala
LILA	: LingkarLenganAtas
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
LTA	: LaporanTugasAkhir
MmHg	: <i>MilimetermerkuriHydrargyrum</i>
MAK III	: ManajemenAktif Kala 3
MAL	: MetodeAmenorheaLaktasi
NTT	: Nusa Tenggara Timur
NaCl	: NatriumChlorida
NET-EN	: <i>NorestiteronEnantat</i>
O ₂	: Oksigen
OMA	: Otitis Media Akut
P	: Penatalaksanaan
PAP	: PintuAtasPanggul
pH	: Potential Hydrogen
PASI	: PendampingAsi
PMS	: PenyakitMenularSeksual
PNC	: <i>Postnatal Care</i>
PNS	: PegawaiNegeriSipil
PRP	: PenyakitRadangPanggul
PID	: <i>Pelvic Inflammatory Disease</i>

POSYANDU: Pos Pelayanan Terpadu

PUS : Pasangan Usia Subur

PUSTU : Puskesmas Pembantu

PBP : Pintu Bawah Panggul

PTT : Penegangan Tali Pusat Terkendali

RI : Republik Indonesia

RL : Ringer Laktat

RISKESDAS : Riset Kesehatan Dasar

RS : Rumah Sakit

RSIA : Rumah Sakit Ibu Anak

RDB : Rujukan Dini Berencana

RDR : Rujukan Dalam Rahim

RTW : Rujukan Tepat Waktu

S : Subyektif

SC : *Sekcio Caesarea*

SBR : Segmen Bawah Rahim

SOAP : Subyektif Obyektif Analisis Penatalaksanaan

SDKI : Survei Demografi Kesehatan Indonesia

SDGs : *Sustainable Development Goals*

SpOG : *Spesialis Obstetric Ginekologi*

SAR : Segmen Atas Rahim

SMA : Sekolah Menengah Atas

TBC : *Tuberculosis*

TT : *Tetanus Toxoid*

TFU : Tinggi Fundus Uteri

USG : *Ultrasonography*

UUK : Ubin-Ubin Kecil

UK	: UsiaKehamilan
UNICEF	: <i>United Nations Emergency Children's Fund</i>
VT	: <i>Vaginal Toucher</i>
VDRL	: <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VDR	: <i>Venereal Disease Research</i>
WITA	: Waktu Indonesia Tengah
WHO	: <i>World Health Organization</i>

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 2.1 Tambahan Kebutuhan Nutrisi Bagi Ibu Hamil	15
Tabel 2.2 Menu Makanan Ibu Hamil	18
Tabel 2.3 Pemberian Vaksin Tetanus	23
Tabel 2.4 Skor Poedji Rochjati	34
Tabel 2.2 Anjuran Makan Sehari Untuk Ibu Hamil	17
Tabel 2.5 TFU menurut penambahan 3 jari	38
Tabel 2.6 Selang waktu pemberian imunisasi TT	39
Tabel 2.7 Perkembangan sistem Pulmonel	80
Tabel 2.8 APGAR Score	92
Tabel 2.9 Jadwal Imunisasi pada Neonatus	95
Tabel 2.10 Asuhan Kunjungan Nifas Normal	100
Tabel 2.11 Perubahan Normal Pada Uterus selama nifas	101

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Kerangka Pikir	161

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 KMS Ibu Hamil, Partograf
- Lampiran 2 Surat Persetujuan Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 3 Lembaran Konsultasi
- Lampiran 4 SAB

ABSTRAK

Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang
Prodi DIII Kebidanan
Karya Tulis Ilmiah 2018

Tarsisia yasinta Emburea

“Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada NY. Y.D Di Puskesmas Danga Tanggal 10 Mei s/d 25 Juni 2018”

Latar Belakang: Asuhan Kebidanan Berkelanjutan adalah asuhan kebidanan yang dilakukan mulai antenatal care, intranatal care, postnatal care, dan bayi baru lahir pada pasien secara keseluruhan. SDKI mencatat AKI di Indonesia tahun 2016 mengalami penurunan dari 395 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. AKI di NTT pada tahun 2015 meningkat yakni sebanyak 176 kasus (133 per 100.000 KH). Di Puskesmas Danga tahun 2017 tidak ada kematian ibu dan kematian dan bayi.

Tujuan umum: Mampu menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. Y.D di Puskesmas Danga tanggal 10 Mei s/d 25 Juni 2018.

Metode: Jenis penelitian yang digunakan adalah studi penelaahan kasus dengan unit tunggal. Lokasi penelitian di Puskesmas Danga. subyek penelitian Ny. Y.D umur 29 tahun, G1I1P0A0AHII, usia kehamilan 39 minggu 2 hari. Metode pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder.

Hasil: Kehamilan normal. Melahirkan secara spontan di puskesmas Danga pada tanggal 15-05-2018 jam 15.00 wita. Keadaan ibu dan bayi baik. Asuhan untuk bayi baru lahir dan ibu nifas dilakukan melalui kunjungan nifas 1-4, dan kunjungan neonatus 1-3. Keadaan ibu selama masa nifas baik. Ibu sudah mengikuti metode kontrasepsi suntik 3 bulan saat 40 hari post partum.

Simpulan: Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan sejak kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan masa nifas, dapat disimpulkan bahwa keadaan ibu dan bayi sehat, bayi mendapat ASI eksklusif, ibu sudah menjadi akseptor suntik depoprovera.

Kata kunci: Asuhan Kebidanan Berkelanjutan

Kepustakaan: 48 buku (2007 – 2016).

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan (Rahmawati, 2012). Asuhan kebidanan komprehensif adalah asuhan kebidanan yang dilakukan mulai Antenatal Care (ANC), Intranatal Care (INC), Postnatal Care(PNC), dan Bayi Baru Lahir (BBL) pada pasien secara keseluruhan. Tujuan asuhan kebidanan untuk mengurangi angka kejadian kematian ibu dan bayi. Upaya peningkatan kesehatan ibu dan bayi masih menghadapi berbagai tantangan (Saifudin, 2014).

Salah satu target pembangunan *Sustainable Development Goals* (SDGs) adalah mengurangi kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup, angka kematian balita 25 per 1.000 kelahiran hidup, dan angka kematian neonatal 12 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Kesehatan ibu mencakup seluruh kesehatan wanita usia subur mulai dari prakehamilan, kehamilan, persalinan dan kelahiran serta masa pasca partum. Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi salah satu indikator penting dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat. Angka Kematian Ibu di Indonesia masing tergolong tinggi. kematian ibu adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti terjatuh, kecelakaan/ 100.000 kelahiran hidup (Riskesdas, 2013).

Jumlah AKI di Indonesia masih tergolong sangat tinggi di antara Negara-negara ASEAN lainnya. Tahun 2007, ketika AKI di Indonesia mencapai 228, AKI di Singapura hanya 6 per 100.000 kelahiran hidup,

Brunei Darusalam 33 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 112 per 100.000 kelahiran hidup, serta Malaysia dan Vietnam sama-sama mencapai 160 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

AKI di Indonesia tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2012 hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) kembali mencatat kenaikan AKI yang signifikan, yakni dari 228 menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2016 AKI di Indonesia mengalami penurunan menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

KonfersiAKI per 100.000 kelahiran hidup selama periode 3 tahun (tahun 2013-2015) mengalami fluktuasi. Jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2012 sebesar 192 atau 200 per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2013 menurun menjadi 176 kasus atau 185,6 per 100.000 kelahiran hidup, selanjutnya pada tahun 2014 menurun menjadi 158 kasus atau 169 per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2015 meningkat menjadi 176 kematian atau 133 per 100.000 kelahiran hidup (Laporan Profil Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota Se-Propinsi NTT Tahun 2015).

Penyebab kematian ibu adalah perdarahan (25%), *partus* kala II lama (17%), infeksi (13%), aborsi tidak aman (13%), eklamsia (12%), penyebab langsung lainnya (8%), dan penyebab tidak langsung (12%). Penyebab tidak langsung seperti malaria, anemia, *HIV/ AIDS*, dan penyakit kardiovaskuler. Berdasarkan data tersebut dapat dilihat bahwa perdarahan merupakan penyebab utama yang menyebabkan tingginya angka kematian ibu di dunia dengan menyumbang sebesar 25%, dan anemia termasuk penyebab tidak langsung dengan menyumbang angka kematian ibu sebesar 12% (Supartini, 2011).

Salah satu cara untuk menurunkan AKI di Indonesia, maupun NTT adalah dengan persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan melakukan persalinan di fasilitas kesehatan memadai. Tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (*SpOG*), dokter umum dan bidan.

Kondisi budaya di masing-masing daerah turut memberikan kontribusi, masih banyak daerah yang masih menggunakan dukun sebagai pertolongan persalinan, khususnya di desa-desa. Hal ini ditunjang pula dengan kondisi sosial ekonomi sebagian masyarakat yang masih berada di garis kemiskinan. Pentingnya penurunan AKI di Indonesia, sehingga diperlukan program terobosan yang memfokuskan pada kesehatan ibu, khususnya daerah-daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2016).

Salah satu upaya untuk meningkatkan kualifikasi bidan dan menekan angka kematian ibu yaitu dengan menerapkan model asuhan yang berkelanjutan (*Continuity Of Care/ COC*). *Continuity Of Midwifery Care* adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan (Rahmawati, 2012).

Data yang diperoleh dari Puskesmas Danga periode Januari sampai Desember 2017, yaitu K1 864 orang, K4 820 orang, kematian ibu 0, kematian bayi 0, jumlah persalinan 1.474 orang (ditolong nakes 1.474 orang, ditolong non nakes 0 Orang), kunjungan nifas III sebanyak 1.474 orang, kunjungan neonatus I sebanyak 1.474 Orang kunjungan neonatus lengkap 1.474 orang, pasangan usia subur (PUS) 4852 PUS, cakupan KB aktif 1826 PUS. Hal ini menunjukkan masih rendahnya kesadaran ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas untuk memeriksakan kehamilan, kunjungan nifas dan neonatus secara teratur, melakukan persalinan di fasilitas kesehatan serta masih rendahnya PUS yang mengikuti KB (Laporan PKRE Puskesmas Danga, 2017)

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. Y.D Umur 29 Tahun G3P2P0A0AH2 Hamil 39 Minggu 2 Hari Janin Hidup Tunggal Letak Kepala Intra Uterin Keadaan Jalan Lahir Normal Keadaan Ibu dan Janin Baik” di Puskesmas Danga Tanggal 10 Mei Sampai 25 Juni 2018”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah “Bagaimanakah Penerapan Manajemen Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. Y.D di Puskesmas Danga Tanggal 10 Mei sampai 25 Juni 2018?”

C. Tujuan Laporan Tugas Akhir

1. Tujuan umum

Menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. Y.D di Puskesmas Danga Tanggal 10 Mei sampai 25 Juni 2018

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan asuhan kehamilan pada Ny. Y.D di Puskesmas Danga Tanggal 10 Mei sampai 25 Juni 2018 dengan pendokumentasian 7 langkah Varney
- b. Melakukan asuhan persalinan pada Ny. Y.D di Puskesmas Danga Tanggal 10 Mei sampai 25 Juni 2018 dengan pendokumentasian SOAP
- c. Melakukan asuhan nifas pada Ny. Y.D di Puskesmas Danga Tanggal 10 Mei sampai 25 Juni 2018 dengan pendokumentasian SOAP
- d. Melakukan asuhan Bayi Baru Lahir pada Ny. Y.D di Puskesmas Danga Tanggal 10 Mei sampai 25 Juni 2018 dengan pendokumentasian SOAP
- e. Melakukan asuhan KB pada Ny. Y.D di Puskesmas Danga Tanggal 10 Mei sampai 25 Juni 2018 dengan pendokumentasian SOAP

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan sebagai pertimbangan masukan untuk menambah wawasan tentang asuhan kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan KB.

2. Aplikatif

a. Puskesmas Danga

Hasil studi kasus ini dapat di manfaatkan sebagai masukan dalam pengembangan ilmu pengetahuan asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB serta dapat dijadikan acuan untuk penelitian selanjutnya.

b. Profesi Bidan

Hasil studi kasus ini, sebagai sumbangan teoritis maupun aplikatif bagi profesi bidan dalam upaya asuhan kebidanan berkelanjutan, sehingga dapat memberikan pelayanan kebidanan secara profesional dan sesuai dengan kode etik kebidanan.

c. Klien dan masyarakat.

Hasil studi kasus ini dapat meningkatkan peran serta klien dan masyarakat untuk mendeteksi dini terhadap komplikasi dalam kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan KB, sehingga memungkinkan segera mendapat penanganan.

E. Keaslian Laporan Kasus.

Studi kasus serupa sudah pernah dilakukan oleh mahasiswa jurusan Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Bandung atas nama Asri Nur Fitriani Hidayat pada tahun 2016 dengan judul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. Y G4P3A0 di Bidan Praktek Mandiri Bidan Hj. Imas R. Yusfar, AM. Keb”.

Perbedaan antara studi kasus yang penulis lakukan dengan studi kasus sebelumnya baik dari segi waktu, tempat, dan subjek. Studi kasus yang penulis ambil dilakukan pada tahun 2018 dengan judul “asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. Y.D di Puskesmas Danga tanggal 10 Mei s/d 25 Juni 2018”.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa, ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba,2010).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu 2 hari (Walyani,2015).

Dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah masa dimulai dari konsepsi sampai aterm yang berlangsung selama 40 minggu dihitung dari haid terakhir .

2. Tanda-tanda pasti kehamilan trimester III

Menurut Sofian (2010), tanda pasti hamil :

- a. Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa atau diraba, juga bagian-bagian janin.
- b. Denyut jantung janin dapat terdengar dengan :
 - 1) Stetoskop-monoaural Laennec (terdengar pada saat umur kehamilan 18-20 minggu)
 - 2) Fetoskop (terdengar pada umur kehamilan 18-20 minggu)
 - 3) Doppler (terdengar pada umur kehamilan 10-12 minggu)
 - 4) Ultrasonografi (terdengar pada saat umur kehamilan 8 minggu)
- c. Terlihat janin pada kakehamilan dengan USG

3. Klasifikasi usia kehamilan

Menurut Sofian, 2012 menyatakan, usia kehamilan dibagi menjadi :

a. Kehamilan Trimester pertama : 0- <14 minggu

Masa ini disebut juga sebagai masa organogenesis dimana dimulainya perkembangan organ-organ janin, serta membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil, mendeteksi masalah dan menanganinya, melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan, mendorong perilaku yang sehat seperti (gizi, latihan, kebersihan dan istirahat).

b. Kehamilan Trimester kedua : 14- <28 minggu

Pada masa ini organ-organ dalam tubuh bayi sudah terbentuk tetapi viabilitasnya masih diragukan, oleh karena itu bidan harus memberikan informasi penting seperti membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil, mendeteksi masalah dan menanganinya, melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan, mendorong perilaku yang sehat seperti (gizi, latihan, kebersihan dan istirahat), dan kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia.

c. Kehamilan Trimester ketiga : 28-42 minggu

Pada masa ini perkembangan kehamilan sangat pesat, masa ini juga disebut sebagai masa pematangan atau masa dimana tubuh bayi sudah siap untuk dikeluarkan oleh karena itu bidan harus memberikan informasi penting seperti membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil, mendeteksi masalah dan menanganinya, melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan, mendorong perilaku yang sehat seperti (gizi, latihan, kebersihan dan istirahat), kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia, palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan

ganda dan bidan harus mendeteksi letak bayi yang tidak normal atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit.

4. Perubahan fisiologi dan psikologi kehamilan trimester III

a. Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester III (Sofian , 2012)

1) Rahim atau uterus

Untuk akomodasi pertumbuhan janin, rahim membesar akibat hipertropi dan hiperplasia otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, endometrium menjadi desidua. Ukuran pada kehamilan cukup bulan : 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu). Bentuk dan konsistensi pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan, rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Rahim yang tidak hamil kira-kira sebesar telur ayam, pada kehamilan 2 bulan sebesar telur bebek, dan kehamilan 3 bulan sebesar telur angsa. Pada minggu pertama, isthmus rahim mengadakan hipertrofi dan bertambah panjang sehingga jika diraba terasa lebih lunak (*soft*), disebut tanda Hegar. Pada kehamilan 5 bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim terasa tipis; karena itu bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim.

2) Vagina dan vulva

Perubahan hormon estrogen mengakibatkan adanya hypervaskularisasi sehingga vulva dan vagina tampak lebih merah, agak kebiruan Tanda ini disebut dengan tanda Chadwick. Pada akhir kehamilan, cairan vagina mulai meningkat dan lebih kental.

3) Serviks uteri

Serviks uteri pada kehamilan mengalami perubahan karena hormon estrogen. Akibat kadar estrogen yang meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi, maka konsistensi serviks menjadi lunak disebut tanda Goodell. Serviks uteri lebih banyak mengandung jaringan ikat yang terdiri atas kolagen. Selain itu prostaglandin bekerja pada serabut kolagen, terutama pada minggu-minggu akhir kehamilan. Serviks menjadi lunak dan lebih mudah berdilatasi pada waktu persalinan.

4) Mammae atau payudara

Selama kehamilan, payudara bertambah besar, tegang dan berat. Dapat teraba noduli-noduli akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi terjadi pada puting susu dan aerola payudara. Kalau diperas, keluar air susu jolong (kolostrum) yang berwarna kuning. Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI (air susu ibu) pada saat laktasi, hormone yang mempengaruhi :

a) Estrogen

Hormon ini menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak semakin membesar selain itu tekanan serta syaraf akibat penimbunan lemak dan air serta garam menyebabkan rasa sakit pada payudara.

b) Somatotropin

Penimbunan lemak sekitar alveolus payudara dan merangsang pengeluaran colostrum pada payudara

c) Progesterone

Mempersiapkan acinus sehingga dapat berfungsi menambah jumlah sel acinus dan pengeluaran ASI (air susu ibu) belum berlangsung karena prolactin belum

berfungsi. Setelah persalinan, hambatan prolactin tidak ada, membuat ASI dapat keluar dengan lancar. Perubahan payudara ibu hamil : Payudara menjadi lebih besar, hyperpigmentasi pada areola, putting susu menonjol.

5) Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hyperpigmentasi alat-alat tertentu akibat peningkatan MSH (Melanophore Stimulating Hormon). Hyperpigmentasi dapat terjadi di wajah, leher, alveolar mammae dan abdomen.

6) Sirkulasi darah

Volume darah semakin meningkat kira-kira 25% dimana jumlah serum darah lebih besar dari pada pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada usia 32 minggu, terjadi supine hypotensive syndrome karena penekanan vena kava inferior.

7) Sistem pernafasan

Pada usia kehamilan 33 sampai 36 minggu ibu hamil akan merasa sesak nafas karena tekanan janin yang berada dibawah diafragma menekan paru-paru ibu.

8) Saluran pencernaan (Traktus digestivus)

Akibat meningkatnya kadar estrogen tubuh perasaan mual (*nausea*) pada kehamilan muda. Tonus-tonus otot traktus digestivus menurun, sehingga motilitas traktus digestivus berkurang. Hal ini untuk resorpsi tetapi menimbulkan obstipasi. Juga terjadi pengeluaran air liur berlebihan yang disebut salivasi.

9) Dinding Perut (Abdominal Wall)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya selaput elastik dibawah kulit sehingga timbul striae gravidarum .

10) Sistem persyarafan

Perubahan fungsi sistem neurologi selama masa hamil, selain perubahan – perubahan neurohormonal hipotalami – hipofisis. Perubahan fisiologik spesifik akibat kehamilan dapat terjadi timbulnya gejala neurologi dan neuromuscular berikut:

- a) Kompresi saraf panggul atau statis vaskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori di tungkai bawah.
- b) Lordosis dan dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf.
- c) Hipokalsenia dapat menyebabkan timbulnya masalah neuromuscular, seperti kram otot atau tetani.
- d) Nyeri kepala ringan, rasa ingin pingsandan bahkan pingsan (sinkop) sering terjadi awal kehamilan.
- e) Nyeri kepal akibat ketegangan umu timbul pada saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tentang kehamilannya.
- f) *Akroestesia* (gatal ditangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk, dirasakan dirasakan pada beberapa wanita selama hamil.
- g) Edema yang melibatkan saraf periver dapat menyebabkan *carpal tunnel syndrome* selama trimester akhir kehamilan

11) Sistem muskuloskeletal

Sendi pelvik pada kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan. Pergerakan menjadi sulit dimana struktur ligament dan otot tulang belakang bagian tengah dan bawah mendapat tekanan

berat. Wanita muda yang cukup berotot dapat mentoleransi perubahan ini tanpa keluhan. Lordosis progresif merupakan gambaran karakteristik pada kehamilan normal. Selama trimester akhir rasa pegal, mati rasa dan lemah dialami oleh anggota badan atas yang disebabkan lordosis yang besar dan fleksi anterior leher.

12) Sistem Metabolisme

Perubahan metabolisme adalah metabolisme basal naik sebesar 15%-20% dari semula terutama pada trimester ke III

Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.

- a) Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggal $\frac{1}{2}$ gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari.
- b) Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.
- c) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi : Fosfor rata-rata 2 gram dalam sehari, zat besi, 800 mgr atau 30-50 mgr sehari. Air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air.

b. Perubahan Psikologis Kehamilan Trimester III

Trimester ketiga sering disebut sebagai periode penantian. Sekarang wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, wanita hamil tidak sabar untuk segera melihat bayinya. Ada perasaan tidak menyenangkan ketika bayinya tidak lahir tepat pada waktunya. Fakta yang menempatkan wanita tersebut gelisah hanya bisa melihat dan menunggu tanda-tanda dan gejala. Trimester ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai

orang tua seperti terpusatnya perhatian pada kelahiran bayi. Seorang ibu juga mengalami selama hamil, terpisah bayi dari bagian tubuhnya dan merasa kehilangan kandungan dan menjadi kosong. Ibu merasa canggung, jelek dan tidak rapi, dan memerlukan lebih besar dan frekuensi perhatian dari pasangannya (Pantikawati,2010).

5. Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III

Menurut Walyani tahun 2015 kebutuhan fisik seorang ibu hamil adalah sebagai berikut :

a. Nutrisi

Tabel 2.1 Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

Nutrisi	Kebutuhan Tidak Hamil/Hari	Tambahan Kebutuhan Hamil/Hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protein	75 gr	8-12 gr
Lemak	53 gr	Tetap
Fe	28 gr	2-4 gr
Ca	500 mg	600 mg
Vitamin A	3500 IU	500 IU
Vitamin C	75 gr	30 mg
Asam Folat	180 gr	400

Sumber : Kritiyanasari, 2010

1) Energi/Kalori

Sumber tenaga digunakan untuk tumbuh kembang janin dan proses perubahan biologis yang terjadi dalam tubuh yang meliputi pembentukan sel baru, pemberian makan ke bayi melalui plasenta, pembentukan enzim dan hormone penunjang pertumbuhan janin.

- a) Untuk menjaga kesehatan ibu hamil
- b) Persiapan menjelang persiapan persalinan dan persiapan laktasi
- c) Kekurangan energi dalam asupan makan akan berakibat tidak tercapainya berat badan ideal selama hamil (11-14 kg) karena kekurangan energi akan diambil dari persediaan protein

- d) Sumber energi dapat diperoleh dari : karbohidrat sederhana seperti (gula, madu, sirup), karbohidrat kompleks seperti (nasi, mie, kentang), lemak seperti (minyak, margarin, mentega).

2) Protein

Diperlukan sebagai pembentuk jaringan baru pada janin, pertumbuhan organ-organ janin, perkembangan alat kandungan ibu hamil, menjaga kesehatan, pertumbuhan plasenta, cairan amnion, dan penambah volume darah. Kekurangan asupan protein berdampak buruk terhadap janin seperti IUGR, cacat bawaan, BBLR dan keguguran. Sumber protein dapat diperoleh dari sumber protein hewani yaitu daging, ikan, ayam, telur dan sumber protein nabati yaitu tempe, tahu, dan kacang-kacangan.

3) Lemak

Dibutuhkan sebagai sumber kalori untuk persiapan menjelang persalinan dan untuk mendapatkan vitamin A,D,E,K.

4) Vitamin

Dibutuhkan untuk memperlancar proses biologis yang berlangsung dalam tubuh ibu hamil dan janin.

- a) Vitamin A : pertumbuhan dan pemeliharaan kesehatan jaringan tubuh
- b) Vitamin B1 dan B2 : penghasil energi
- c) Vitamin B12 : membantu kelancaran pembentukan sel darah merah
- d) Vitamin C : membantu meningkatkan absorbs zat besi
- e) Vitamin D : membantu absorbs kalsium.

5) Mineral

- a) Diperlukan untuk menghindari cacat bawaan dan defisiensi, menjaga kesehatan ibu selama hamil dan janin, serta menunjang pertumbuhan janin

- b) Beberapa mineral yang penting antara lain kalsium, zat besi, fosfor, asam folat, yodium
- c) Perlu tambahan suplemen mineral
- d) Susunan diit yang bervariasi berpatok pada pedoman gizi seimbang sehingga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral

Tabel 2.2 Menu makanan ibu hamil

Bahan Makanan	Wanita dewasa tidak hamil	Ibu hamil		
		Timester I	Trimester II	Trimester III
Nasi	3 ½ piring	3 ½ piring	4 piring	3 piring
Ikan	1 ½ potong	1 ½ potong	2 potong	3 potong
Tempe	3 potong	3 potong	4 potong	5 potong
Sayuran	1 ½ mangkok	1 ½ mangkok	3 mangkok	3 mangkok
Buah	2 potong	2 potong	2 potong	2 potong
Gula	5 sdm	5 sdm	5 sdm	5 sdm
Susu	8 gelas	1 gelas	8 gelas	1 gelas
Air		8 gelas		8 gelas
Gunakan minyak atau santan pada waktu memasak				

(*sumber:* Kemenkes, 2012)

b. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Menurut Walyani (2015) berbagai gangguan pernapasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu melakukan:

- 1) Latihan nafas melalui senam hamil
- 2) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- 3) Makan tidak terlalu banyak
- 4) Kurangi atau hentikan merokok
- 5) Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain-lain

c. Personal hygiene

Personal hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan infeksi,

karena badan yang kotor yang banyak mengandung kuman-kuman. Untuk mendapatkan ibu dan bayi yang sehat, ibu hamil harus memperhatikan kebersihan diri untuk mencegah terjadinya infeksi. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, dan juga menjaga kebersihan mulut, gigi dan daerah genitalia (Walyani,2015).

d. Pakaian

Pakaian yang dikenakan ibu hamil harus nyaman tanpa sabuk/pita yang menekan dibagian perut/pergelangan tangan, pakaian juga tidak baik terlalu ketat dileher, stoking tungkai yang sering digunakan oleh sebagian wanita tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi darah. Pakaian wanita hamil harus ringan dan menarik karena wanita hamil tubuhnya akan lebih besar. Sepatu harus terasa pas, enak, dan aman. Desain bahan harus disesuaikan agar dapat menyangga payudara yang bertambah besar pada kehamilan dan memudahkan ibu ketika akan menyusui. BH harus bertali besar sehingga tidak terasa sakit dibahu (Walyani,2015).

e. Eliminasi

Pada kehamilan trimester III frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala PAP (pintu atas panggul), BAB sering obstipasi karena hormone progesterone meningkat (Walyani,2015).

f. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan (Romaui, 2011).

g. Body mekanik

Secara anatomi, ligament sendi putar dapat meningkatkan pelebaran atau pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri pada ligament ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligament karena adanya pembesaran rahim. Nyeri pada ligamen ini merupakan suatu ketidaknyamanan pada ibu hamil. Sikap tubuh yang perlu diperhatikan oleh ibu hamil (Roumali, 2011)

1) Duduk

Duduk adalah posisi yang lazim dipilih, sehingga postur yang baik dan kenyamanannya penting. Ibu harus diingatkan untuk duduk bersandar dikursi dengan benar, pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik. Kursi dengan sandaran tinggi akan menyokong kepala dan bahu serta tungkai dapat relaksasi. Bila bangkit dari posisi duduk, otot trasversus dan dasar panggul harus diaktivasi.

2) Berdiri

Ibu perlu dianjurkan untuk berdiri dan berjalan tegak, dengan menggunakan otot trasversus dan dasar panggul. Berdiri diam terlalu lama dapat menyebabkan kelelahan dan ketegangan. Oleh karena itu lebih baik berjalan tetapi tetap memperhatikan semua aspek yang baik, postur tegak harus diperhatikan.

3) Berjalan

Ibu hamil penting untuk tidak memakai sepatu berhak tinggi. Hindari juga sepatu bertumit runcing karena mudah menghilangkan keseimbangan. Bila memiliki anak balita, usahakan supaya tinggi pegangan keretanya sesuai untuk ibu.

4) Tidur

Kebanyakan ibu hamil menyukai posisi berbaring miring dengan sanggan dua bantal dibawah kepala dan satu

dibawah lutut atas serta paha untuk mencegah peregangan pada sendi sakroiliaka. Turun dari tempat tidur atau meja pemeriksa kedua harus ditekuk dan disejajarkan, seluruh tubuh berguling ke salah satu sisi dan kemudian bangkit duduk dengan menggunakan lengan atas dan siku bawah, dengan tungkai sekarang disisi tempat tidur. Ibu dengan perlahan berdiri, melurskan tungkainya.

5) Bangun dan baring

Untuk bangun dari tempat tidur, geser dulu tubuh ibu ke tepi tempat tidur, kemudian tekuk lutut. Angkat tubuh ibu perlahan dengan kedua tangan, putar tubuh lalu perlahan turunkan kaki ibu. Diamlah dulu dalam posisi duduk beberapa saat sebelum berdiri. Lakukan setiap kali ibu bangun dari berbaring.

6) Membungkuk dan mengangkat

Mengangkat benda yang berat dan sulit harus dihindari selama hamil. Ketika harus mengangkat misalnya menggendong anak balita, kaki harus diregangkan satu kaki didepan kaki yang lain, pangkal paha dan lutut menekuk dengan punggung serta otot trasversus dikencang. Barang yang akan diangkat perlu dipegang sedekat mungkin dan ditengah tubuh dan lengan serta tungkai digunakan untuk mengangkat.

h. Exercise

Menurut Marmi 2014 secara umum, tujuan utama dari senam hamil adalah sebagai berikut :

- 1) Mencegah terjadinya deformitas (cacat) kaki dan memelihara fungsi hati untuk dapat menahan berat badan yang semakin naik, nyeri kaki, varises, bengkak dan lain-lain.

- 2) Melatih dan menguasai teknik pernapasan yang berperan penting dalam kehamilan dan proses persalinan. Dengan demikian proses relaksasi dapat berlangsung lebih cepat dan kebutuhan O₂ terpenuhi.
- 3) Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut dan otot-otot dasar panggul.
- 4) Membentuk sikap tubuh yang sempurna selama kehamilan
- 5) Memperoleh relaksasi yang sempurna dengan latihan kontraksi dan relaksasi
- 6) Mendukung ketenangan fisik

Menurut Marmi, 2014 Beberapa persyaratan yang harus diperhatikan untuk melakukan senam hamil adalah sebagai berikut :

- 1) Kehamilan normal yang dimulai pada umur kehamilan 22 minggu
- 2) Diutamakan kehamilan pertama atau pada kehamilan berikutnya yang menjalani kesakitan persalinan atau melahirkan anak premature pada persalinan sebelumnya.
- 3) Latihan harus secara teratur dalam suasana yang tenang
- 4) Berpakaian cukup longgar
- 5) Menggunakan kasur atau matras.

i. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya. Ibu hamil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T₀, jika telah mendapatkan interval 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya TT₂,

bila telah mendapatkan dosis TT yang ketiga (interval minimal dari dosis kedua) maka statusnya TT3, status TT4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ketiga) dan status TT5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis keempat). Ibu hamil dengan status TT4 dapat diberikan sekali suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status TT5 tidak perlu disuntik TT karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup atau 25 tahun (Romauli, 2011).

Tabel 2.3 pemberian vaksin tetanus untuk ibu yang sudah pernah diimunisasi (DPT/TT/Td) sesuai Kemenkes 2014.

Pernah	Pemberian dan selang waktu minimal
1 kali	TT2, 4 minggu setelah TT1 (pada kehamilan)
2 kali	TT3, 6 bulan setelah TT2 (pada kehamilan, jika selang waktu minimal terpenuhi)
3 kali	TT4, 1 tahun setelah TT3
4 kali	TT5, 1 tahun setelah TT4
5 kali	Tidak perlu lagi

j. Traveling

Wanita hamil harus berhati-hati melakukan perjalanan yang cenderung lama dan melelahkan, karena dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan mengakibatkan gangguan sirkulasi atau oedema tungkai karena kaki tergantung terlalu lama. Sabuk pengaman yang dikenakan dikendaraan jangan sampai menekan perut yang menonjol. Jika mungkin perjalanan yang jauh sebaiknya dilakukan dengan pesawat udara. Ketinggian tidak mempengaruhi kehamilan, bila kehamilan telah 35 minggu. Bepergian dapat menimbulkan masalah lain seperti konstipasi atau diare karena asupan makanan dan minuman cenderung berbeda seperti biasanya karena akibat perjalanan yang melelahkan (Marmi, 2014).

k. Seksualitas

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat seperti berikut ini:

- 1) Sering abortus dan kelahiran prematur
- 2) Perdarahan pervaginam
- 3) Coitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan
- 4) Bila ketuban sudah pecah, coitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intra uteri

Pada trimester III umumnya minat dan libido untuk melakukan hubungan seksual biasanya menurun. Rasa nyaman sudah jauh berkurang. Pegal di punggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, nafas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung), dan kembali merasa mual. Hal tersebutlah yang menyebabkan menurunnya minat seksual. Tetapi jika termasuk yang tidak mengalami penurunan libido pada trimester III itu adalah hal yang normal, apalagi jika termasuk yang menikmati masa kehamilan (Walyani,2015).

l. Istirahat dan tidur

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan, tapi boleh digunakan sebagai alasan untuk menghindari pekerjaan yang tidak disukainya. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil harus mempertimbangkan pola istirahat dan tidur yang mendukung kesehatan sendiri, maupun kesehatan bayinya. Kebiasaan tidur larut malam dan kegiatan-kegiatan malam hari harus dipertimbangkan dan kalau mungkin dikurangi hingga seminimal mungkin. Tidur malam + sekitar 8 jam/istirahat/tidur siang ± 1 jam (Marmi,2014).

6. Ketidaknyamanan Dalam Kehamilan

Menurut Marmi (2014), ketidaknyamanan dalam kehamilan trimester III :

a. Leukorea (keputihan)

Leukorea merupakan sekresi vagina dalam jumlah besar dengan konsistensi kental atau cair yang dimulai dari trimester I, sebagai bentuk dari hiperplasi mukosa vagina. Leukore dapat disebabkan oleh karena terjadinya peningkatan produksi kelenjar dan lendir endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen. Hal lain yang di curigai sebagai penyebab terjadinya leukore adalah perubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil Doderlein.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi leukore adalah dengan :

- 1) Memperhatikan kebersihan tubuh pada area genital
- 2) Membersihkan area genital dari arah depan ke arah belakang
- 3) Mengganti celana dalam secara rutin

b. Nocturia (sering berkemih)

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester pertama dimungkinkan karena terjadinya peningkatan berat pada rahim sehingga membuat istmus menjadi lunak (tanda hegar), hal ini menyebabkan posisi rahim menjadi antefleksi sehingga menekan kandung kemih secara langsung. Sedangkan peningkatan frekuensi berkemih pada trimester ketiga paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening terjadi. Lightening menyebabkan bagian pretensi (terendah) janin akan menurun kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.

Metode yang dipergunakan untuk mengatasi hal ini :

- 1) Menjelaskan mengenai penyebab nocturia
- 2) Segera menggosongkan kandung kemih saat terasa ingin berkemih.

- 3) Perbanyak minum pada siang hari
- 4) Jangan mengurangi porsi minum di malam hari, kecuali apabila nocturia mengganggu tidur sehingga menyebabkan kelelahan.
- 5) Membatasi minum yang mengandung cafein (teh,kopi,cola)
- 6) Bila tidur (khususnya malam hari) posisi miring dengan kedua kaki ditinggikan untuk meningkatkan diuresis.

c. Kram kaki

Biasanya terjadi setelah kehamilan 24 minggu. Kram kaki biasanya terjadi karena kekurangan asupan kalsium, pembesaran uterus sehingga memberikan tekanan pada pembuluh darah pelvic, dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ketungkai bagian bawah. Cara meringankannya ialah dengan kurangi konsumsi susu (kandungan fosfor tinggi) dan cari yang high calcium, berlatih dorsifleksi pada kaki untuk meregangkan otot-otot yang terkena kram, dan gunakan penghangat otot.

d. Sakit punggung bagian bawah

Terjadi pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. Dikarenakan kurvatur dari vertebra lumbosacral yang meningkat saat uterus terus membesar, kadar hormon yang meningkat, sehingga cartilage di dalam sendi-sendi besar menjadi lembek dan kelelahan juga dapat menyebabkannya. Cara meringankannya ialah dengan cara:

- 1) Hindari mengangkat beban yang berat
- 2) Gunakan kasur yang keras untuk tidur
- 3) Hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat
- 4) Hindari sepatu atau sandal tinggi

e. Konstipasi

Konstipasi biasanya terjadi pada trimester dua dan tiga. Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi

peningkatan jumlah progesteron. Beberapa cara untuk mengurangi keluhan obstipasi pada wanita hamil, yaitu :

- 1) Asupan cairan yang adekuat yaitu dengan minum air minimal 8 gelas perhari ukuran gelas minum
- 2) Konsumsi buah dan jus
- 3) Istirahat yang cukup
- 4) Minum air hangat
- 5) Makan makanan berserat dan mengandung serat alami, misalnya selada dan seledri.

f. Perut kembung

Terjadi pada trimester II dan III. Motilitas gastrointestinal menurun, menyebabkan terjadinya perlambatan waktu pengosongan menimbulkan efek peningkatan progesteron pada relaksasi otot polos dan penekanan uterus pada usus besar. Cara meringankan ialah :

- 1) Hindari makanan yang mengandung gas
- 2) Mengunyah makanan secara sempurna
- 3) Pertahankan kebiasaan BAB yang teratur

g. Sakit kepala

Sering terjadi pada trimester II dan III, akibat kontraksi otot/spasme otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala) serta kelelahan. Cara meringankannya ialah :

- 1) Teknik relaksasi
- 2) Memassase leher dan otot bahu
- 3) Penggunaan kompres air panas/es pada leher
- 4) Istirahat
- 5) Mandi air hangat

7. Tanda bahaya trimester III

Menurut Marmi (2014), tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III :

a. Perdarahan

Perdarahan melalui jalan lahir pada kehamilan merupakan tanda bahaya yang dapat berakibat kematian ibu dan atau janin. Perdarahan

pada kehamilan 7- 9 bulan, meskipun hanya sedikit, merupakan ancaman bagi ibu dan janin. Maka dari itu ibu harus segera mendapat pertolongan di rumah sakit.

b. Keluar cairan per vaginam

Cairan pervaginam dalam kehamilan normal apabila tidak berupa perdarahan banyak, air ketuban maupun leukhore yang patologis. Penyebab terbesar persalinan prematur adalah ketuban pecah sebelum waktunya. Insidensi ketuban pecah dini 10 % mendekati dari semua persalinan dan 4 % pada kehamilan kurang 34 mg. Penyebab : servik inkompeten, ketegangan rahim berlebihan (kehamilan ganda, hidramnion), kelainan bawaan dari selaput ketuban, infeksi. Penatalaksanaan : pertahankan kehamilan sampai matur, pemberian kortikosteroid untuk kematangan paru janin, pada UK 24-32 minggu untuk janin tidak dapat diselamatkan perlu dipertimbangkan melakukan induksi, pada UK aterm dianjurkan terminasi kehamilan dalam waktu 6 jam sampai 24 jam bila tidak ada his spontan.

c. Sakit kepala yang hebat

Wanita hamil bisa mengeluh nyeri kepala hebat. Sakit kepala seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Namun satu saat sakit kepala pada kehamilan dapat menunjukkan suatu masalah serius apabila sakit kepala itu dirasakan menetap dan tidak hilang dengan beristirahat.

Kadang - kadang dengan sakit kepala yang hebat itu, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Kondisi sakit kepala yang hebat dalam kehamilan dapat menjadi gejala dari preeklampsia. Jika rasa sakit kepala disertai dengan penglihatan kabur atau berbayang, maka tanyakan pada ibu, apakah ia mengalami edema pada muka atau tangan atau gangguan visual. Selanjutnya lakukan pemeriksaan tekanan darah, protein urin, refleks

dan edema serta periksa suhu dan jika suhu tubuh tinggi, lakukan pemeriksaan darah untuk mengetahui adanya parasit malaria.

d. Penglihatan kabur

Wanita hamil mengeluh penglihatan yang kabur. Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menjadi suatu tanda pre-eklamsia. Deteksi dini yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan pemeriksaan data lengkap, pemeriksaan tekanan darah, protein urin, refleks dan edema.

e. Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal, jantung atau pre-eklamsia.

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meninggikan kakinya. Bengkak bisa menunjukkan masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklamsi. Deteksi dini yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan pengumpulan data. Yaitu dengan menanyakan pada ibu apakah ia mengalami sakit kepala atau masalah visual. Selanjutnya adalah dengan melakukan pemeriksaan : periksa adanya pembengkakan, ukur TD dan protein urine ibu, periksa haemoglobin ibu (atau warna konjungtiva) dan tanyakan tentang tanda dan gejala lain dari anemia.

f. Gerak janin tidak terasa

Ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester 3. Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke lima atau keenam, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakan akan melemah. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan atau minum dengan baik.

Gerakan janin berkurang bisa disebabkan oleh aktifitas ibu yang berlebihan sehingga gerak janin tidak dirasakan, gawat janin, perut tegang akibat kontraksi berlebihan ataupun kepala sudah masuk panggul pada kehamilan aterm. Gerakan bayi kurang dari 10 kali dalam periode 24 jam, merupakan salah satu tanda dan gejala kondisi berkurangnya gerakan janin yang perlu mendapatkan perhatian oleh bidan maupun ibu hamil itu sendiri. Berikut ini merupakan deteksi dini yang perlu dilakukan :

1) Pengumpulan data

Jika bayi sebelumnya bergerak dan sekarang tidak bergerak, tanyakan pada ibu kapan terakhir kali bergerak.

2) Pemeriksaan

Raba gerakan janin, dengarkan DJJ (denyut jantung janin), jika pemeriksaan radiologi tersedia, konfirmasi kematian janin setelah 5 hari.

3) USG (ultrasonografi): merupakan sarana diagnostik yang baik untuk memastikan kematian janin.

g. Nyeri perut hebat

Ibu mengeluh nyeri perut pada kehamilan trimester III. Apabila nyeri abdomen itu berhubungan dengan proses persalinan normal adalah normal. Tetapi nyeri abdomen yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat sangat berkemungkinan menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa ibu hamil dan janin yang dikandungnya. Nyeri hebat tersebut bisa berarti epindisitis,

kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantung empedu, uterus yang iritabel, abrupsi plasenta, ISK (infeksi saluran kencing) atau infeksi lain.

8. Deteksi dini faktor resiko kehamilan trimester III dan penanganan serta prinsip rujukan kasus

a. Menilai faktor resiko dengan skor Poedji Rochyati

1) Kehamilan Risiko Tinggi

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, atau ketidak puasan pada ibu atau bayi (Poedji Rochyati, 2003).

Definisi yang erat hubungannya dengan risiko tinggi (*high risk*):

- a) Wanita risiko tinggi (*High Risk Women*) adalah wanita yang dalam lingkaran hidupnya dapat terancam kesehatan dan jiwanya oleh karena sesuatu penyakit atau oleh kehamilan, persalinan dan nifas.
- b) Ibu risiko tinggi (*High Risk Mother*) adalah faktor ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian neonatal atau maternal.
- c) Kehamilan risiko tinggi (*High Risk Pregnancies*) adalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi (Manuaba, 2010).

Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna maka deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko atau komplikasi kebidanan perlu lebih ditingkatkan baik fasilitas

pelayanan kesehatan ibu dan anak maupun di masyarakat (Niken Meilani, dkk, 2009).

Beberapa keadaan yang menambah risiko kehamilan, tetapi tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu. Keadaan tersebut dinamakan faktor risiko. Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada ibu hamil, semakin tinggi risiko kehamilannya (Syafrudin dan Hamidah, 2009).

Salah satu peneliti menetapkan kehamilan dengan risiko tinggi sebagai berikut :

Poedji Rochayati: primipara muda berusia <16 tahun, primipara tua berusia > 35 tahun, primipara sekunder dengan usia anak terkecil diatas 5 tahun, tinggi badan <145cm, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan prematur, lahir mati, riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, operasi sesar), preeklamsia, eklamsia, gravida serotinus, kehamilan dengan perdarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.

2) Skor poedji rochjati

Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan (Dian, 2007). Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
- b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10

c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 (Rochjati Poedji, 2003).

3) Tujuan sistem skor

Adapun tujuan sistem skor Poedji Rochjati adalah sebagai berikut :

- a) Membuat pengelompokan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.
- b) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

4) Fungsi skor

- a) Sebagai alat komunikasi informasi dan edukasi/KIE – bagi klien/ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat. Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan. Dengan demikian berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat.
- b) Alat peringatan bagi petugas kesehatan agar lebih waspada. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian/pertimbangan klinis pada ibu Risiko Tinggi dan lebih intensif penanganannya.

5) Cara pemberian skor

Tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko diberi nilai 2, 4 dan 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor risiko skornya 4 kecuali bekas sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan

antepartum dan preeklamsia berat/eklamsi diberi skor 8. Tiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi (Poedji Rochjati, 2003 dalam Pudiastuti 2012).

Tabel 2.4 Skor Poedji Rochjati

	II	III	IV				
KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Tribulan			
		I		II	III.1	III.2	
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 tahun	4				
	2	Terlalu tua, hamil ≥ 35 tahun	4				
	3	Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 tahun	4				
		Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 tahun)	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 tahun)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan : Tarikan tang / vakum	4				
	Uri dirogoh	4					
	Diberi infuse / transfuse	4					
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada Ibu Hamil : Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC paru d. Payah jantung	4				
		e. Kencing manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit menular seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				

	18	Letak lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia berat / kejang – kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Keterangan :

Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.

Bila skor 12 atau lebih dianjurkan bersalin di RS/DSPOG

6) Pencegahan kehamilan risiko tinggi

- a. Penyuluhan komunikasi, informasi, edukasi/KIE untuk kehamilan dan persalinan aman.

Skor 2 : Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.

Skor 6 – 10 : Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), ibu PKK memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di polindes atau puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.

Skor 12 : Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis (Rochjati Poedji, 2003).

- b. Pengawasan antenatal, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya.

Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan nifas, mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan kala nifas, memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana, menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal. (Manuaba, 2010)

c. Pendidikan kesehatan

Diet dan pengawasan berat badan, kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan (anemia, partus prematur, abortus, dll), sedangkan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan (pre-eklamsia, bayi terlalu besar, dll) (Sarwono, 2007).

Hubungan seksual, hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual (Manuaba, 2010). Pada umumnya hubungan seksual diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati (Sarwono, 2007).

Kebersihan dan pakaian, kebersihan harus selalu dijaga pada masa hamil. Pakaian harus longgar, bersih, dan mudah dipakai, memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi, memakai kutang yang menyokong payudara, pakaian dalam yang selalu bersih (Sarwono, 2007).

Perawatan gigi, pada triwulan pertama wanita hamil mengalami mual dan muntah (morning sickness). Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi yang tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies gigi, gingivitis, dan sebagainya (Sarwono, 2007).

Perawatan payudara, bertujuan memelihara *hygiene* payudara, melenturkan/menguatkan puting susu, dan mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam (Manuaba, 2010).

Imunisasi *Tetanus Toxoid*, untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum (Sarwono, 2007).

Wanita pekerja, wanita hamil boleh bekerja tetapi jangan terlampaui berat. Lakukanlah istirahat sebanyak mungkin. Menurut undang-undang perburuhan, wanita hamil berhak mendapat cuti hamil satu setengah bulan sebelum bersalin atau satu setengah bulan setelah bersalin (Sarwono, 2007).

Merokok, minum alkohol dan kecanduan narkotik, ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan lebih rendah, atau mudah mengalami abortus dan partus prematurus, dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental (Manuaba, 2010).

Obat-obatan, pengobatan penyakit saat hamil harus memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin (Manuaba, 2010).

9. Konsep Antenatal Care Standar Pelayanan antenatal (14 T)

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2013), menyatakan dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari :

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan

adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportion).

b. Tentukan tekanan darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria)

c. Tentukan status gizi (ukur LILA) (T3)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK), disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLA kurang dari 23,5 cm. ibu hamil dengan KEK akan melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR)

d. Tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran penggunaan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

Tabel 2. 5 TFU Menurut Penambahan Tiga Jari

UK(minggu)	Fundus uteri (TFU)
16	Pertengahan pusat – simfisis
20	Dibawa pinggir pusat
24	Pinggir pusat atas
28	3 jari atas pusat
32	$\frac{1}{2}$ pusat – <i>proc. Xiphoides</i>
36	1 jari dibawa <i>proc. Xiphoides</i>
40	3 jari dibawa <i>proc. Xiphoides</i>

Sumber : Nugroho,dkk, 2014.

e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (T5)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f. Skrining imunisasi Tetanus Toksoid (T6)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi TT2 agar mendapat perlindungan terhadap imunisasi infeksi tetanus. Ibu hamil dengan TT5 (TT Long Life) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Interval minimal pemberian Imunisasi TT dan lama perlindungannya dapat dilihat pada tabel 2.2 selang waktu pemberian imunisasi Tetanus Toxoid.

Tabel 2.6 selang waktu pemberian imunisasi Tetanus Toxoid

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	25 Tahun/Seumur hidup

(Sumber:Kementerian Kesehatan, 2014)

g. Tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan (T6)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama yang

diberikan sejak kontak pertama. Tiap tablet mengandung 60 mg zat besi dan 0,25 mg asam folat (Kemenkes RI, 2015).

h. Tes laboratorium (T7)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah dan pemeriksaan spesifik daerah endemis (malaria, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi :

1) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

2) Pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi

3) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil.

Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.

4) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes mellitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua dan sekali pada trimester ketiga.

5) Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kunjungan pertama antenatal. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi.

6) Pemeriksaan tes sifilis

Dilakukan di daerah risiko tinggi dan ibu hamil yang menderita sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

7) Pemeriksaan HIV(human immun)

Tes HIV wajib ditawarkan oleh tenaga kesehatan ke semua ibu hamil secara inklusif dengan pemeriksaan laboratorium rutin. Teknik penawaran ini disebut tes HIV atas inisiatif pemberi pelayanan kesehatan (TIPK)

8) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin.

i. Tata laksana kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar kewenangan tenaga kesehatan. Kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j. Temu wicara termasuk P4K serta KB pasca salin (T10)

Dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :

1) Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.

2) Perilaku hidup sehat dan bersih

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta olahraga ringan.

3) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakatat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon pendonor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi dalam kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawah ke fasilitas kesehatan.

4) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenai tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas, dan sebagainya.

5) Asupan gizi seimbang

Selama hamil, ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena

hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah anemia pada kehamilannya.

6) Gejala penyakit menular dan tidak menular

Setiap ibu hamil harus tahu mengenai gejala-gejala penyakit menular dan tidak menular karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya.

7) Penawaran untuk melakukan tes HIV (Human Immunodeficiency Virus) dan konseling di daerah Epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS (Infeksi Menular Seksual) dan Tuberkulosis di daerah Epidemi rendah. Setiap ibu hamil ditawarkan untuk melakukan tes HIV dan segera diberikan informasi mengenai risiko penularan HIV dari ibu ke janinnya. Apabila ibu hamil tersebut HIV positif maka dilakukan konseling pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA). Bagi ibu hamil yang negatif diberikan penjelasan untuk menjaga tetap HIV negatif Selama hamil, menyusui dan seterusnya.

8) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.

9) KB paska bersalin

Ibu hamil diberikan pengarahan tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu untuk merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarga.

10) Imunisasi

Setiap ibu hamil harus mempunyai status imunisasi (T) yang masih memberikan perlindungan untuk mencegah ibu dan bayi mengalami tetanus neonatorum. Setiap ibu hamil minimal mempunyai mempunyai status imunisasi T2 agar terlindungi terhadap infeksi tetanus.

10. Kebijakan kunjungan antenatal care menurut Kemenkes

Menurut Depkes (2009), mengatakan kebijakan program pelayanan antenatal menetapkan frekuensi kunjungan antenatal sebaiknya minimal 4 kali selama kehamilan yaitu : Minimal 1 kali pada trimester pertama (K1), Minimal 1 kali pada trimester kedua, Minimal 2 kali pada trimester ketiga (K4).

Menurut Marmi (2011), jadwal pemeriksaan antenatal sebagai berikut:

- a. Pada Trimester I, kunjungan pertama dilakukan sebelum minggu ke 14. Bidan memberikan asuhan pada kunjungan pertama, yakni: Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan, mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa, dan mendorong perilaku yang sehat (nutrisi, kebersihan, istirahat).
- b. Pada trimester II, kunjungan kedua dilakukan sebelum minggu ke 28. Pada kunjungan ini bidan memberikan asuhan sama dengan trimester I dan trimester II di tambah kewaspadaan, pantau tekanan darah, kaji oedema, periksa urine untuk protein urine.
- c. Pada trimester III, kunjungan ketiga antara minggu ke 28-36. Pada kunjungan ini bidan memberikan asuhan sama dengan trimester I dan trimester II ditambah palpasi abdomen untuk deteksi gemeli.
- d. Pada trimester III setelah 36 minggu, kunjungan keempat asuhan yang diberikan sama dengan TM I, II, III ditambah deteksi kelainan letak, kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit.

11. Program Puskesmas P4K (Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi)

a. Pengertian

P4K adalah merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan khususnya, dalam rangka peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

Fokus dari P4K adalah pemasangan stiker pada setiap rumah yang ada ibu hamil. Diharapkan dengan adanya stiker (Gambar1) di depan rumah, semua warga masyarakat mengetahui dan juga diharapkan dapat memberi bantuannya. Di lain pihak masyarakat diharapkan dapat mengembangkan norma-norma sosial termasuk kepeduliannya untuk menyelamatkan ibu hamil dan ibu bersalin. Dianjurkan kepada ibu hamil untuk melahirkan ke fasilitas kesehatan termasuk bidan desa. Bidan diharuskan melaksanakan pelayanan kebidanan antara lain pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, asuhan masa nifas dan perawatan bayi baru lahir sehingga kelak dapat mencapai dan mewujudkan Visi Departemen Kesehatan, yaitu "Masyarakat Mandiri untuk Hidup Sehat".

Dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir (DepKes RI, 2009).

Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi	
Nama Ibu	:
Taksiran Persalinan	:
Penolong Persalinan	:
Tempat Persalinan	:
Pendamping Persalinan	:
Transportasi	:
Calon Pendoror Darah	:

Menuju Persalinan Yang Aman dan Selamat

Gambar (2.1) stiker P4K (Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi)

b. Peran dan fungsi bidan pada ibu hamil dalam P4K, menurut Depkes (2009), yaitu:

Melakukan pemeriksaan ibu hamil (ANC) sesuai standar (minimal 4 kali selama hamil) mulai dari pemeriksaan keadaan umum, Menentukan taksiran partus (sudah dituliskan pada stiker), keadaan janin dalam kandungan, pemeriksaan laboratorium yang diperlukan, pemberian imunisasi TT (dengan melihat status imunisasinya), pemberian tablet Fe, pemberian pengobatan/ tindakan apabila ada komplikasi.

Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu hamil dan keluarga mengenai : tanda-tanda persalinan, tanda bahaya persalinan dan kehamilan, kebersihan pribadi dan lingkungan, kesehatan & gizi, perencanaan persalinan (bersalin di bidan, menyiapkan transportasi, menyiapkan biaya, menyiapkan calon donor darah), perlunya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif, KB pasca persalinan.

Melakukan kunjungan rumah untuk penyuluhan /konseling pada keluarga tentang perencanaan persalinan, memberikan pelayanan ANC bagi ibu hamil yang tidak datang ke bidan, motivasi persalinan di bidan pada waktu menjelang taksiran partus, dan membangun komunikasi persuasif dan setara, dengan forum peduli KIA dan dukun untuk peningkatan partisipasi aktif unsur-unsur masyarakat dalam peningkatan kesehatan ibu dan anak.

Melakukan rujukan apabila diperlukan. Memberikan penyuluhan tanda, bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas. Melibatkan peran serta kader dan tokoh masyarakat, serta melakukan pencatatan pada : kartu ibu, Kohort ibu, Buku KIA.

B. Persalinan

1. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu (JNPK_KR_2008).

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Erawati, 2011).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (Ilmiah, 2015).

Persalinan normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif sering dan kuat (Walyani, 2015)

2. Sebab-sebab persalinan

Menurut Marmi (2012), ada beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan yaitu :

a. Teori Penurunan Kadar Hormon Prostaglandin

Progesteron merupakan hormon penting untuk mempertahankan kehamilan, yang fungsinya menurunkan kontraktilitas dengan cara meningkatkan potensi membrane istirahat pada sel miometrium sehingga menstabilkan Ca membran dan kontraksi berkurang. Pada akhir kehamilan, terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion.

b. Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen menyebabkan irritability miometrium karena peningkatan konsentrasi actin-myocin dan adenosin tripospat (ATP). Estrogen juga memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium).

c. Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi Braxton Hicks

Oksitosin merupakan hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis parst posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, dan akan berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan tidak banyak dijumpai pada serviks uteri. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas

otot rahim sehingga terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron menyebabkan oksitosin meningkat sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Teori Keregangan (Distensi Rahim)

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter.

e. Teori Fetal Cortisol

Teori ini sebagai pemberi tanda untuk dimulainya persalinan akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen sehingga menyebabkan peningkatan produksi prostaglandin dan irritability miometrium. Pada cacat bawaan janin seperti anensefalus, hipoplasia adrenal janin dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan.

f. Teori Prostaglandin

Prostaglandin E dan Prostaglandin F (pE dan Fe) bekerja dirahim wanita untuk merangsang kontraksi selama kelahiran. PGE₂ menyebabkan kontraksi rahim dan telah digunakan untuk menginduksi persalinan. Prostaglandin yang dikeluarkan oleh deciduas konsentrasinya meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.

g. Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

Teori ini menunjukan pada kehamilan dengan anensefalus (tanpa batok kepala), sehingga terjadi kelambatan dalam persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin. Dan Glandula Suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.

h. Teori Iritasi Mekanik

Di belakang serviks terdapat ganglion servikale (fleksus frankenhauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin maka akan menyebabkan kontraksi.

i. Teori Plasenta Sudah Tua

Menurut teori ini, plasenta yang menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar progesteron dan estrogen yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah dimana hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

J) Teori Tekanan Serviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran syaraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas Rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi.

3. Tahapan persalinan (kala I, II, III dan IV)

Menurut Setyorini (2013) tahapan persalinan dibagi menjadi :

a. Kala I

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan lendir bercampur darah, karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar *karnalis servikalis* karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Pada kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap. Fase kala I terdiri atas :

1) Fase *laten* : pembukaan 0 sampai 3 cm dengan lamanya sekitar 8 jam.

2) Fase aktif, terbagi atas :

a) Fase *akselerasi* : pembukaan yang terjadi sekitar 2 jam, dari mulai pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b) Fase *dilatasi maksimal* : pembukaan berlangsung 2 jam, terjadi sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

c) Fase *deselerasi* : pembukaan terjadi sekitar 2 jam dari pembukaan 9 cm sampai pembukaan lengkap.

Fase tersebut pada primigravida berlangsung sekitar 13 jam, sedangkan pada multigravida sekitar 7 jam. Secara klinis dimulainya kala I persalinan ditandai adanya his serta pengeluaran darah bercampur lendir/*bloody show*. Lendir berasal dari lendir kanalis servikalis karena servik membuka dan mendatar, sedangkan darah berasal dari pembuluh darah kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis yang pecah karena pergeseran-pergeseran ketika servik membuka.

Asuhan yang diberikan pada Kala I yaitu :

1) Penggunaan Partograf

Merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I. Kegunaan partograf yaitu mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama dan jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong untuk pemantauan kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, mengidentifikasi secara dini adanya penyulit, membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu, partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi di semua tempat, secara rutin oleh semua penolong persalinan (Setyorini, 2013). Pencatatan Partograf seperti Kemajuan persalinan. Pembukaan servik dinilai pada saat

melakukan pemeriksaan vagina dan ditandai dengan huruf (X). Garis waspadris ya merupakan sebuah garis yang dimulai pada saat pembukaan servik 4 cm hingga titik pembukaan penuh yang diperkirakan dengan laju 1 cm per jam.

Penurunan Kepala Janin. Penurunan dinilai melalui palpasi abdominal. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

Kontraksi Uterus Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu : kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan lebih dari 40 detik diblok. Catat temuan-temuan dikotak yang bersesuaian dengan waktu penilai.

Kedadaan Janin: Denyut Jantung Janin (DJJ). Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 1 dan 100. Tetapi, penolong harus

sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit.

Warna dan Adanya Air Ketuban. Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan lambang-lambang seperti **U** (ketuban utuh atau belum pecah), **J** (ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih), **M** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium), **D** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah) dan **K** (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban atau kering).

Molase Tulang Kepala Janin. Molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode molase (**0**) tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi, (**1**) tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan, (**2**) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan, (**3**) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

Keadaan Ibu. Yang perlu diobservasi yaitu tekanan darah, nadi, dan suhu, urin (volume,protein), obat-obatan atau cairan IV, catat banyaknya oxytocin pervolume cairan IV dalam hitungan tetes per menit bila dipakai dan catat semua obat tambahan yang diberikan.

Informasi tentang ibu : nama dan umur, GPA, nomor register, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban. Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah DJJ tiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit, nadi tiap 30 menit tanda dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam tandai

dengan panah, suhu setiap 2 jam, urin, aseton, protein tiap 2- 4 jam (catat setiap kali berkemih) (Hidayat, 2010).

2) Memberikan Dukungan Persalinan

Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan ciri pertanda dari kebidanan, artinya kehadiran yang aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan membantu wanita yang sedang dalam persalinan. Kelima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan yaitu asuhan tubuh atau fisik, kehadiran seorang pendamping, keringanan dan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya serta informasi dan kepastian tentang hasil yang aman.

3) Mengurangi Rasa Sakit

Pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit saat persalinan adalah seseorang yang dapat mendukung persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernapasan, istirahat dan privasi, penjelasan mengenai proses, kemajuan dan prosedur.

4) Persiapan Persalinan

Yang perlu dipersiapkan yakni ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam kala 1, upaya pencegahan infeksi yang diperlukan.

b. Kala II

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran. Tanda dan gejala kala II yaitu: Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani

membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (Setyorini, 2013).

Tanda pasti kala dua ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi objektif) yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. Mekanisme persalinan adalah rangkaian gerakan pasif dari janin terutama yang terkait dengan bagian terendah janin. Secara singkat dapat disimpulkan bahwa selama proses persalinan janin melakukan gerakan utama yaitu turunnya kepala, fleksi, putaran paksi dalam, ekstensi, putaran paksi luar, dan ekspulsi. Dalam kenyataannya beberapa gerakan terjadi bersamaan (Setyorini, 2013).

Posisi meneran, bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenta tetap baik. Posisi meneran dalam persalinan yaitu : Posisi miring, posisi jongkok, posisi merangkak, posisi semi duduk dan posisi duduk (Setyorini, 2013).

Persiapan penolong persalinan yaitu : sarung tangan, perlengkapan pelindung pribadi, persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan, persiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi, serta persiapan ibu dan keluarga.

c. Kala III

Menurut Hidayat (2010) dimulai dari bayi lahir sampai dengan plasenta lahir. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta terjadi disertai dengan pengeluaran darah. Tanda pelepasan plasenta

adalah uterus menjadi bundar, darah keluar secara tiba-tiba, tali pusat semakin panjang. Manajemen aktif kala III :

- 1) Memberikan Oksitosin 10 IU
- 2) Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin
- 3) Lakukan PTT (Penegangan Tali Pusat Terkendali)
- 4) Masase fundus

d. Kala IV

Menurut Hidayat (2010) Pemantauan kala IV ditetapkan sebagai waktu 2 jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Dengan cara ini kejadian-kejadian yang tidak diinginkan karena perdarahan post partum dapat dihindarkan.

Sebelum meninggalkan ibu post partum harus diperhatikan tujuh pokok penting yaitu kontraksi uterus baik, tidak ada perdarahan pervaginam atau perdarahan lain pada alat genital lainnya, plasenta dan selaput ketuban telah dilahirkan lengkap, kandung kemih harus kosong, luka pada perinium telah dirawat dengan baik, dan tidak ada hematom, bayi dalam keadaan baik, ibu dalam keadaan baik, nadi dan tekanan darah dalam keadaan baik.

4. Tujuan asuhan persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

Praktik pencegahan yang akan dijelaskan pada asuhan persalinan normal meliputi :

- a. Mencegah infeksi secara konsisten dan sistematis
- b. Memberikan asuhan rutin dan pemantauan selama persalinan dan setelah bayi lahir, termasuk penggunaan partograf

- c. Memberikan asuhan sayang ibu secara rutin selama persalinan, pasca persalinan dan nifas
- d. Menyiapkan rujukan ibu bersalin dan bayinnya
- e. Menghindari tindakan- tindakan berlebihan atau berbahaya
- f. Penatalaksanaan aktif kala III secara rutin
- g. Mengasuh bayi baru lahir
- h. Memberikan asuhan dan pemantauan ibu dan bayinya
- i. Mengajarkan ibu dan keluarganya untuk mengenali secara dini bahaya yang mungkin terjadi selama masa nifas pada ibu dan bayinya
- j. Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan

Tujuan lain dari asuhan persalinan adalah :

- a. Meningkatkan sikap positif terhadap keramahan dan keamanan dalam memberikan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukannya.
- b. Memberikan pengetahuan dan keterampilan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukan yang berkualitas dan sesuai dengan prosedur standar.
- c. Mengidentifikasi praktek-praktek terbaik bagi penatalaksanaan persalinan dan kelahiran :
 - 1) Penolong yang terampil
 - 2) Kesiapan menghadapi persalinan, kelahiran, dan kemungkinan komplikasinya
 - 3) Partograf
 - 4) Episiotomi terbatas hanya atas indikasi
 - 5) Mengidentifikasi tindakan-tindakan yang merugikan dengan maksud menghilangkan tindakan tersebut (Marmi, 2011).

5. Tanda-tanda persalinan

Menurut Marmi (2012), tanda-tanda persalinan yaitu :

- a. Tanda-tanda persalinan sudah dekat
 - 1) Tanda Lightening

Menjelang minggu ke 36, tanda primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan : kontraksi *Braxton His*, ketegangan dinding perut, ketegangan *ligamentum Rotundum*, dan gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan :

- a) Ringan dibagian atas dan rasa sesaknya berkurang.
- b) Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal.
- c) Terjadinya kesulitan saat berjalan.
- d) Sering kencing (*follaksuria*).

2) Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, his permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu antara lain :

- a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah.
- b) Datangnya tidak teratur.
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
- d) Durasinya pendek.
- e) Tidak bertambah bila beraktivitas.

3) Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan (Inpartu)

a) Terjadinya His Persalinan

His merupakan kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan servik. Kontraksi rahim dimulai pada 2 *face maker* yang letaknya didekat *cornuuteri*. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat : adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri

(*fundal dominance*), kondisi berlangsung secara *synchron* dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan : terhadap desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal), terhadap istmus uterus (teregang dan menipis), terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan).

His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut
Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan, Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar, Terjadi perubahan pada serviks, Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan hisnya akan bertambah,

- b) Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (show).

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

- c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun apabila tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum dan *sectio caesarea*.

- d) Dilatasi dan Effacement

Dilatasi merupakan terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement merupakan pendataran atau pemendekan kanalis

servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Ilmiah (2015) faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan terdiri dari :

a. Faktor passage (jalan lahir)

1) Pengertian *passage*

Menurut Lailiyana (2011) Passage atau jalan lahir terdiri bagian keras (Tulang – tulang panggul dan sendi – sendinya) dan bagian lunak (otot – otot atau jaringan, dan ligament) tulang – tulang panggul meliputi 2 tulang pangkalan paha (*Ossa coxae*), 1 tulang kelangkang (*ossa sacrum*), dan 1 tulang tungging (*ossa coccygis*).

2) Bidang hodge

Menurut Marmi (2012) bidang hodge antara lain sebagai berikut :

(1)*Hodge I* : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan *promontorium*.

(2)*Hodge II* : sejajar dengan *hodge I* setinggi pinggir bawah symphysis.

(3)*Hodge III* : sejajar *hodge I* dan II setinggi *spina ischiadica* kanan dan kiri.

(4)*Hodge IV* : sejajar *hodge I, II, III* setinggi *coccygis*.

b Faktor power

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament dengan kerja sama yang baik dan sempurna.

1) His (kontraksi otot uterus)

His adalah kontraksi otot – otot polos rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu : kontraksi simetris, fundus dominan, relaksasi, pada setiap his dapat menimbulkan perubahan yaitu serviks menipis dan membuka. Dalam melakukan observasi pada ibu bersalin hal – hal yang harus diperhatikan dari his:

- a) Frekuensi his jumlah his dalam waktu tertentu biasanya per menit atau persepuluh menit.
 - b) Intensitas his kekuatan his diukur dalam mmHg. Intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu persalinan semakin maju. Telah diketahui bahwa aktifitas uterus bertambah besar jika wanita tersebut berjalan – jalan sewaktu persalinan masih dini.
 - c) Durasi atau lama his lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, dengan durasi 40 detik atau lebih.
 - d) Datangnya his apakah datangnya sering, teratur atau tidak.
 - e) Interval jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 2 sampai 3 menit.
 - f) Aktivitas his Frekuensi x amplitudo diukur dengan unit *Montevideo*.
- 2) Pembagian his dan sifat – sifatnya

Pembagian sifat his menurut Marmi (2012) sebagai berikut :

- a) His pendahuluan
His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan *bloody show*.
- b) His pembukaan
His yang terjadi sampai pembukaan serviks 10 cm, mulai kuat, teratur, terasa sakit atau nyeri.
- c) His pengeluaran
Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama merupakan his untuk mengeluarkan janin. Koordinasi

bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.

d) His pelepasan uri (Kala III)

Kontraksi sedang untuk melepas dan melahirkan plasenta.

e) His pengiring

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

c Faktor passanger

1) Janin

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan.

2) Plasenta

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang atau pasenger yang menyertai janin namun placenta jarang menghambat pada persalinan normal.

3) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regang membran janin dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah ruptura atau robekan sangatlah penting bagi keberhasilan kehamilan. Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul, penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion dan juga disaat terjadinya dilatasi servik atau pelebaran muara dan saluran servik yang terjadi di awal persalinan dapat juga terjadi karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh.

d. Faktor psikis

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bias melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “ keadaan yang belum pasti” sekarang menjadi hal yang nyata. Psikologis tersebut meliputi :

- 1) Kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan persiapan intelektual
- 2) Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya
- 3) Kebiasaan adat
- 4) Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

Sikap negatif terhadap persalinan dipengaruhi oleh :

- (1) Persalinan sebagai ancaman terhadap keamanan
- (2) Persalinan sebagai ancaman pada self-image
- (3) Medikasi persalinan
- (4) Nyeri persalinan dan kelahiran

e. Faktor penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan

7. Perubahan dan adaptasi fisiologis psikologis pada ibu bersalin

a. Kala I

1) Perubahan dan Adaptasi Fisiologis

a) Perubahan Uterus

Kontraksi uterus terjadi karna adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormone progesterone yang menyebabkan keluarnya hormone okxitosin. Selama kehamilan terjadi keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar estrogen dan

progesteron menurun kira-kira satu sampai dua minggu sebelum partus dimulai sehingga menimbulkan uterus berkontraksi. Kontraksi uterus mula-mula jarang dan tidak teratur dengan intensitasnya ringan. Kemudian menjadi lebih sering, lebih lama dan intensitasnya semakin kuat seiring (Walyani,2015).

b) Perubahan Serviks

Pada akhir kehamilan otot yang mengelilingi ostium uteri internum (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks menjadi pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk serviks menghilang karena karnalis servikkalis membesar dan atas membentuk ostium uteri eksternal (OUE) sebagai ujung dan bentuk yang sempit. Pada wanita nullipara, serviks biasanya tidak akan berdilatasi hingga penipisan sempurna, sedangkan pada wanita multipara, penipisan dan dilatasi dapat terjadi secara bersamaan dan kanal kecil dapat teraba diawal persalinan. Hal ini sering kali disebut bidan sebagai “ os multips”.

Pembukaan serviks disebabkan oleh karena membesarnya OUE karena otot yang melingkar di sekitar ostium meregangkan untuk dapat dilewati kepala. Pada primigravida dimulai dari ostium uteri internum terbuka lebih dahulu sedangkan ostium eksternal membuka pada saat persalinan terjadi. Pada multigravida ostium uteri internum eksternum membuka secara bersama-sama pada saat persalinan terjadi (Marmi, 2011).

c) Perubahan Kardiovaskuler

Selama kala I kontraksi menurunkan aliran darah menuju uterus sehingga jumlah darah dalam sirkulasi ibu meningkat dan resistensi perifer meningkat sehingga tekanan darah meningkat rata-rata 15 mmHg. Saat mengejan kardiak output meningkat 40-50%. Oksigen yang menurun selama kontraksi menyebabkan hipoksia tetapi dengan kadar yang masih adekuat sehingga tidak menimbulkan masalah serius. Pada persalinan kala I curah

jantung meningkat 20% dan lebih besar pada kala II, 50% paling umum terjadi saat kontraksi disebabkan adanya usaha ekspulsi. Perubahan kerja jantung dalam persalinan disebabkan karena his persalinan, usaha ekspulsi, pelepasan plasenta yang menyebabkan terhentinya peredaran darah dari plasenta dan kemabli kepada peredaran darah umum. Peningkatan aktivitas direfleksikan dengan peningkatan suhu tubuh, denyut jantung, respirasi cardiac output dan kehilangan cairan (Marmi, 2011)

d) Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10 – 20 mmHg dan diastolic rata-rata 5 – 10 mmHg diantara kontraksi- kontraksi uterus. Jika seorang ibu dalam keadaan yang sangat takut atau khawatir, rasa takutnya yang menyebabkan kenaikan tekanan darah. dalam hal ini perlu dilakukan pemeriksaan lainnya untuk mengesampingkan preeklamsia.

Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, prubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Posisi tidur terlentang selama bersalin akan menyebabkan penekanan uterus terhadap pembuluh darah besar (aorta) yang akan menyebabkan sirkulasi darah baik untuk ibu maupun janin akan terganggu, ibu dapat terjadi hipotensi dan janin dapat asfiksia (Walyani, 2015).

e) Perubahan Nadi

Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan daam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan hal yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi infeksi (Walyani, 2015).

f) Perubahan Suhu

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1°C. suhu badan yang sedikit naik merupakan hal yang wajar, namun keadaan ini berlangsung lama, keadaan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi. Pemantauan parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban pecah atau belum, karena hal ini merupakan tanda infeksi (Walyani, 2015)

g) Perubahan Pernafasan

Kenaikan pernafasan dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekwatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar. Untuk itu diperlukan tindakan untuk mengendalikan pernapasan (untuk menghindari hiperventilasi) yang ditandai oleh adanya perasaan pusing. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (pH meningkat), hipoksia dan hipokapnea (karbondioksida menurun), pada tahap kedua persalinan. Jika ibu tidak diberi obat-obatan, maka ia akan mengkonsumsi oksigen hampir dua kali lipat (Marmi, 2011).

h) Perubahan Metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerob maupun anaerob akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan oleh karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, kardiak output dan kehilangan cairan.

Hal ini bermakna bahwa peningkatan curah jantung dan cairan yang hilang mempengaruhi fungsi ginjal dan perlu mendapatkan perhatian serta tindak lanjut guna mencegah terjadinya dehidrasi.

Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama peralihan dan kelahiran bayi. Sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten, tetapi setelah memasuki fase aktif, biasanya mereka hanya menginginkan cairan saja. Anjurkan anggota keluarga menawarkan ibu minum sesering mungkin dan makan makanan ringan selama persalinan. Hal ini dikarenakan makanan dan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi, dimana dehidrasi bisa memperlambat kontraksi atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Marmi, 2011).

i) Perubahan Ginjal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh cardiac output, serta disebabkan karena, filtrasi glomerulus serta aliran plasma dan renal. Polyuri tidak begitu kelihatan dalam posisi terlentang, yang mempunyai efek mengurangi urin selama kehamilan. Kandung kemih harus dikontrol setiap 2 jam yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi urin setelah melahirkan. Protein dalam urin (+1) selama persalinan merupakan hal yang wajar, umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah wanita bersalin. Tetapi protein urin (+2) merupakan hal yang tidak wajar, keadaan ini lebih sering pada ibu primipara anemia, persalinan lama atau pada kasus preeklamsia.

Hal ini bermakna bahwa kandung kemih harus sering dievaluasi (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah : obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan mengakibatkan hipotonia

kandung kemih dan retensi urin selama pasca partum awal. Lebih sering pada primipara atau yang mengalami anemia atau yang persalinannya lama dan preeklamsi (Marmi, 2011)

j) Perubahan pada Gastrointestinal

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dengan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan di lambung tetap seperti biasa. Makanan yang diingesti selama periode menjelang persalinan atau fase prodormal atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi, yang menandai akhir fase pertama persalinan.

Hal ini bermakna bahwa lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan umum selama masa transisi. Oleh karena itu, wanita dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul guna mempertahankan energi dan hidrasi. Pemberian obat oral tidak efektif selama persalinan. Perubahan pada saluran cerna kemungkinan timbul sebagai respon terhadap salah satu atau kombinasi faktor-faktor yaitu: kontraksi uterus, nyeri, rasa takut dan khawatir, obat, atau komplikasi (Marmi, 2011).

k) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan.

Hitung sel darah putih selama progresif meningkat selama kala I persalinan sebesar kurang lebih 5000 hingga jumlah rata-rata 15000 pada saat pembukaan lengkap, tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastis pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot dan rangka. Hal ini bermakna bahwa, jangan terburu-buru yakin kalau seorang wanita tidak anemia jika tes darah menunjukkan kadar darah berada di atas normal, yang menimbulkan resiko meningkat pada wanita anemia selama periode intrapartum. Perubahan menurunkan resiko perdarahan pasca partum pada wanita normal, peningkatan sel darah putih tidak selalu mengidentifikasi infeksi ketika jumlah ini dicapai. Tetapi jika jumlahnya jauh di atas nilai ini, cek parameter lain untuk mengetahui adanya infeksi (Marmi, 2011)

2) Perubahan dan Adaptasi Psikologis Kala I

Menurut Marmi (2011) perubahan dan adaptasi psikologi kala I yaitu:

Pada fase laten ini, wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran apa yang akan terjadi. Secara umum ibu tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi keadaan tersebut dengan baik. Namun wanita yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan menjadi waktu dimana ibu akan banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontraksi yang paling ringan sekalipun dan tampak tidak mampu mengatasinya seiring frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, semakin jelas bahwa ibu akan segera bersalin. Bagi wanita yang telah banyak menderita menjelang akhir kehamilan dan pada persalinan palsu, respon emosionalnya pada fase laten persalinan kadang-kadang dramatis, perasaan lega, relaksasi

dan peningkatan kemampuan coping tanpa memperhatikan tempat persalinan.

Pada fase aktif ini kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap dan ketakutan wanita pun meningkat. Pada saat kontraksi semakin kuat, lebih lama, dan terjadi lebih sering, semakin jelas baginya bahwa semua itu berada diluar kendalinya. Dengan kenyataan ini wanita ingin seseorang mendampingi karena dia takut ditinggal sendiri dan tidak mampu mengatasi kontraksi. Dia mengalami sejumlah kemampuan dan ketakutan yang tidak dapat dijelaskan.

a) Fase transisi

Pada fase ini biasanya ibu merasakan perasaan gelisah yang mencolok, rasa tidak nyaman yang menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, takut dan menolak hal-hal yang ditawarkan padanya.

Selain perubahan yang spesifik, kondisi psikologis seorang wanita yang sedang menjalani persalinan sangat bervariasi, tergantung persiapan dan bimbingan antisipasi yang diterima, dukungan yang diterima dari pasangannya, orang dekat lain, keluarga, dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita tersebut berada, dan apakah bayi yang dikandung merupakan bayi yang diinginkan.

Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama pada ibu yang pertama kali bersalin yaitu: Perasaan tidak enak dan kecemasan biasanya perasaan cemas pada ibu saat akan bersalin berkaitan dengan keadaan yang mungkin terjadi saat persalinan disertai rasa gugup, takut dan ragu-ragu akan persalinan yang dihadapi ibu merasa ragu apakah dapat melalui proses persalinan secara normal dan lancar, menganggap persalinan sebagai cobaan apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya

kadang ibu berpikir apakah tenaga kesehatan akan bersabar apabila persalinan yang dijalani berjalan lama, dan apakah tindakan yang akan dilakukan jika tiba-tiba terjadi sesuatu yang tidak diinginkan, misalnya tali pusat melilit bayi, apakah bayi normal atau tidak biasanya ibu akan merasa cemas dan ingin segera mengetahui keadaan bayinya apakah terlahir dengan sempurna atau tidak, apakah ibu sanggup merawat bayinya, sebagai ibu baru atau muda biasanya ada pikiran yang melintas apakah ia sanggup merawat dan bisa menjadi seorang ibu yang baik bagi anaknya.

b. Kala II

1) Perubahan Fisiologi pada Ibu Bersalin Kala II Menurut Marmi (2011)
yaitu :

a) Kontraksi

Dimana kontraksi ini bersifat nyeri yang disebabkan oleh anoxia dari sel-sel otot tekanan pada ganglia dalam serviks dan segmen bawah rahim, regangan dari serviks, regangan dan tarikan pada peritoneum, itu semua terjadi pada saat kontraksi. Adapun kontraksi yang bersifat berkala dan yang harus diperhatikan adalah lamanya kontraksi berlangsung 60 – 90 detik, kekuatan kontraksi, kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah jari kita dapat menekan dinding rahim kedalam, interval antara kedua kontraksi pada kala pengeluaran sekali dalam dua menit.

b) Pergeseran organ dalam panggul

Sejak kehamilan lanjut, uterus dengan jelas terdiri dari dua bagian yaitu segmen atas rahim yang dibentuk oleh corpus uteri dan segmen bawah rahim yang terdiri dari isthmus uteri. Dalam persalinan perbedaan antara segmen atas rahim dan segmen bawah rahim lebih jelas lagi. Segmen atas memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal

dengan majunya persalinan. Segmen bawah rahim memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan karena diregang. Jadi secara singkat segmen atas rahim berkontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar sedangkan segmen bawah rahim dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi sehingga menjadi saluran yang tipis dan teregang sehingga dapat dilalui bayi.

Kontraksi otot rahim mempunyai sifat yang khas yakni: setelah kontraksi otot uterus tidak berelaksasi kembali ke keadaan sebelum kontraksi tetapi akan menjadi sedikit lebih pendek walaupun tonusnya sebelum kontraksi. Kejadian ini disebut retraksi. Dengan retraksi ini maka rongga rahim akan mengecil dan anak akan berangsur didorong kebawah dan tidak naik lagi ke atas setelah his hilang. Akibat dari retraksi ini segmen atas rahim semakin tebal dengan majunya persalinan apalagi setelah bayi lahir. Bila anak sudah berada didasar panggul kandung kemih naik ke rongga perut agar tidak mendapatkan tekanan dari kepala anak. Inilah pentingnya kandung kemih kosong pada masa persalinan sebab bila kandung kemih penuh, dengan tekanan sedikit saja kepala anak kandung kemih mudah pecah. Kosongnya kandung kemih dapat memperluas jalan lahir yakni vagina dapat meregang dengan bebas sehingga diameter vagina sesuai dengan ukuran kepala anak yang akan lewat dengan bantuan tenaga mendedan. Dengan adanya kepala anak didasar panggul maka dasar panggul bagian belakang akan terdorong kebawah sehingga rectum dan akan tertekan oleh kepala anak. Dengan adanya tekanan dan tarikan pada rektum ini maka anus akan terbuka, pembukaan sampai diameter 2,5 cm hingga bagian dinding depannya dapat kelihatan dari luar. Dengan tekanan kepala anak dalam dasar panggul, maka perineum menjadi tipis dan mengembang sehingga ukurannya menjadi lebih panjang.

Hal ini diperlukan untuk menambah panjangnya saluran jalan lahir bagian belakang. Dengan mengembangkannya perineum maka orifisium vagina terbuka dan tertarik keatas sehingga dapat dilalui anak.

c) Ekspulsi janin.

Dalam persalinan, presentasi yang sering kita jumpai adalah presentasi belakang kepala, dimana presentasi ini masuk dalam PAP dengan sutura sagitalis melintang. Karena bentuk panggul mempunyai ukuran tertentu sedangkan ukuran-ukuran kepala anak hampir sama besarnya dengan ukuran-ukuran dalam panggul maka kepala harus menyesuaikan diri dengan bentuk panggul mulai dari PAP ke bidang tengah panggul dan pada pintu bawah panggul supaya anak bisa lahir.

c. Kala III

1) Fisiologi Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta. Proses ini merupakan kelanjutan dari proses persalinan sebelumnya. Selama kala III proses pemisahan dan keluarnya plasenta serta membran terjadi akibat faktor – faktor mekanis dan hemostasis yang saling mempengaruhi. Waktu pada saat plasenta dan selaputnya benar – benar terlepas dari dinding uterus dapat bervariasi. Rata – rata kala III berkisar antara 15 sampai 30 menit, baik pada primipara maupun multipara.

Kala III merupakan periode waktu terjadi penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi, penyusutan ukuran ini merupakan berkurangnya ukuran tempat perlengketan plasenta. Oleh karena tempat perlengketan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun kebagian bawah uterus atau kedalam vagina.

Karakteristik unik otot uterus terletak pada kekuatan retraksinya. Selama kala II persalinan, rongga uterus dapat secara cepat menjadi kosong, memungkinkan proses retraksi mengalami aselerasi. Dengan demikian, diawal kala III persalinan, daerah implantasi plasenta sudah mengecil. Pada kontraksi berikutnya, vena yang terdistensi akan pecah dan sejumlah darah kecil akan merembes diantara sekat tipis lapisan berspons dan permukaan plasenta, dan membuatnya terlepas dari perlekatanannya. Pada saat area permukaan plasenta yang melekat semakin berkurang, plasenta yang relative non elastis mulai terlepas dari dinding uterus.

Perlepasan biasanya dari tengah sehingga terbentuk bekuan retro plasenta. Hal ini selanjutnya membantu pemisahan dengan member tekanan pada titik tengah perlekatan plasenta sehingga peningkatan berat yang terjadi membantu melepas tepi lateral yang melekat. proses pemisahan ini berkaitan dengan pemisahan lengkap plasenta dan membrane serta kehilangan darah yang lebih sedikit. Darah yang keluar sehingga pemisahan tidak dibantu oleh pembentukan bekuan darah retroplasenta. Plasenta menurun, tergelincir kesamping, yang didahului oleh permukaan plasenta yang menempel pada ibu. Proses pemisahan ini membutuhkan waktu lebih lama dan berkaitan dengan pengeluaran membrane yang tidak sempurna dan kehilangan darah sedikit lebih banyak. saat terjadi pemisahan, uterus berkontraksi dengan kuat, mendorong plasenta dan membran untuk menurun kedalam uterus bagian dalam, dan akhirnya kedalam vagina.

d. Kala IV

1) Fisiologi Kala IV

Kala IV persalinan dimulai dengan lahirnya plasenta dan berakhir satu jam kemudian. Dalam kala IV pasien belum boleh dipindahkan kekamarnya dan tidak boleh ditinggalkan oleh bidan karena ibu masih butuh pengawasan yang intensif disebabkan perdarahan atonia uteri masih mengancam sebagai tambahan, tanda-

tanda vital manifestasi psikologi lainnya dievaluasi sebagai indikator pemulihan dan stress persalinan. Melalui periode tersebut, aktivitas yang paling pokok adalah perubahan peran, hubungan keluarga akan dibentuk selama jam tersebut, pada saat ini sangat penting bagi proses bonding, dan sekaligus insiasi menyusui dini.

a) Uterus

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan ditengah-tengah abdomen kurang lebih $2/3-3/4$ antara simfisis pubis dan umbilicus. Jika uterus ditemukan ditengah, diatas simpisis, maka hal ini menandakan adanya darah di kavum uteri dan butuh untuk ditekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilicus dan bergeser paling umum ke kanan menandakan adanya kandung kemih penuh, sehingga mengganggu kontraksi uterus dan memungkinkan peningkatan perdarahan. Jika pada saat ini ibu tidak dapat berkemih secara spontan, maka sebaiknya dilakukan kateterisasi untuk mencegah terjadinya perdarahan. Uterus yang berkontraksi normal harus terasa keras ketika disentuh atau diraba. Jika segmen atas uterus terasa keras saat disentuh, tetapi terjadi perdarahan, maka pengkajian segmen bawah uterus perlu dilakukan. Uterus yang teraba lunak, longgar, tidak berkontraksi dengan baik, hipotonik, dapat menjadi pertanda atonia uteri yang merupakan penyebab utama perdarahan post partum.

b) Serviks, vagina dan perineum

Segera setelah lahiran serviks bersifat patulous, terkulai dan tebal. Tepi anterior selama persalinan atau setiap bagian serviks yang terperangkap akibat penurunan kepala janin selama periode yang panjang, tercermin pada peningkatan edema dan memar pada area tersebut. Perineum yang menjadi kendur dan tonus vagina juga tampil jaringan, dipengaruhi oleh peregangan yang terjadi selama kala II persalinan. Segera setelah bayi lahir

tangan bisa masuk, tetapi setelah 2 jam introitus vagina hanya bisa dimasuki 2 atau 3 jari.

c) Tanda vital

Tekanan darah, nadi dan pernapasan harus kembali stabil pada level prapersalinan selama jam pertama pasca partum. Pemantauan tekanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini merupakan satu sarana mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan. Sedangkan suhu tubuh ibu meningkat, tetapi biasanya dibawah 38°C. Namun jika intake cairan baik, suhu tubuh dapat kembali normal dalam 2 jam pasca partum.

d) Sistem gastrointestinal

Rasa mual dan muntah selama masa persalinan akan menghilang. Pertama ibu akan merasa haus dan lapar, hal ini disebabkan karena proses persalinan yang mengeluarkan atau memerlukan banyak energi.

e) Sistem renal

Urin yang tertahan menyebabkan kandung kemih lebih membesar karena trauma yang disebabkan oleh tekanan dan dorongan pada uretra selama persalinan. Mempertahankan kandung kemih wanita agar tetap kosong selama persalinan dapat menurunkan trauma. Setelah melahirkan, kandung kemih harus tetap kosong guna mencegah uterus berubah posisi dan terjadi atonia. Uterus yang berkontraksi dengan buruk meningkatkan resiko perdarahan dan keparahan nyeri. Jika ibu belum bisa berkemih maka lakukan kateterisasi.

8. Deteksi atau penapisan awal ibu bersalin (19 penapisan)

- a. Riwayat bedah Caesar
- b. Perdarahan pervaginam
- c. Persalinan kurang bulan (UK < 37 minggu)
- d. Ketuban pecah dengan mekonium kental
- e. Ketuban pecah lama (> 24 jam)

- f. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 37 minggu)
 - g. Ikterus
 - h. Anemia berat
 - i. Tanda dan gejala infeksi
 - j. Preeklamsia / hipertensi dalam kehamilan
 - k. Tinggi fundus 40 cm atau lebih
 - l. Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5
 - m. Presentasi bukan belakang kepala
 - n. Gawat janin
 - o. Presentasi majemuk
 - p. Kehamilan gemeli
 - q. Tali pusat menumbung
 - r. Syok
 - s. Penyakit-penyakit yang menyertai ibu.
9. Rujukan (bila terjadi komplikasi dalam persalinan)

Jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang mempengaruhi. Penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ke tempat rujukan akan menyebabkan tertundanya ibu mendapatkan penatalaksanaan yang memadai, sehingga akhirnya dapat menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program Safe Motherhood.

Singkatan BAKSOKUDAPN dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi (Marmi, 2011)

B (Bidan) : pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan BBL untuk dibawah kefasilitas rujukan.

A (Alat) :bawah perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan BBL (tabung suntik, selang IV,

alat resusitasi, dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan.

K (Keluarga): beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu hingga ke fasilitas rujukan.

S (Surat) : berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

O (Obat) : bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan di perjalanan.

K (Kendaraan): siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik, untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

U (Uang) : ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

Da (Darah dan Doa) : persiapkan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan.

P (Posisi) : posisi yang nyaman selama rujukan mengurangi rasa sakit yang dirasakan

N (Nutrisi) : Pemenuhan Nutrisi selama rujukan

C. BBL

1. Pengertian

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram (Wahyuni, 2011).

Menurut saifuddin, 2002 Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama setelah kelahiran (Marmi, 2012).

Menurut M. Sholeh Kosim, 2007 Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat (Marmi, 2012).

Menurut Walsh, 2007 : bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir atau keluar dari rahim seorang ibu melalui jalan lahir atau melalui tindakan medis dalam kurun waktu 0 sampai 28 hari (Padila, 2014).

2. Ciri-ciri BBL normal

Menurut Wahyuni (2012), ciri-ciri bayi baru lahir normal ialah :

- a. Berat badan lahir 2500-4000 gram
- b. Panjang badan lahir 48-52 cm
- c. Lingkar dada 30-38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm
- e. Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 160x/menit, kemudian menurun sampai 120-140x/menit
- f. Pernafasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 80x/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40x/menit
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi vernix caseosa
- h. Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- i. Kuku telah agak panjang dan lemas

- j. Genitalia : labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan), testis sudah turun (pada laki-laki)
- k. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- l. Reflek moro sudah baik, bayi bila dikagetkan akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk
- m. Graff reflek sudah baik, apabila diletakan sesuatu benda di atas telapak tangan, bayi akan menggenggam/adanya gerakan reflek
- n. Eliminasi baik, urin dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

3. Fisiologi / Adaptasi pada BBL

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus ke kehidupan di luar uterus (Marmi, 2012). Bayi baru lahir harus beradaptasi dari yang bergantung terhadap ibunya kemudia menyesuaikan dengan dunia luar, bayi harus mendapatkan oksigen dari bernafas sendiri, mendapatkan nutrisi peroral untuk mempertahankan kadar gula, mengatur suhu tubuh, melawan setiap penyakit atau infeksi , dimana fungsi ini sebelumnya dilakukan oleh plasenta.

a Adaptasi Fisik

1) Perubahan pada Sistem Pernapasan

Perkembangan paru – paru : paru – paru berasal dari titik yang muncul dari pharynx kemudian bentuk bronkus sampai umur 8 bulan, sampai jumlah bronchialis untuk alveolus berkembang, awal adanya nafas karena terjadinya hypoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernafasan di otak , tekanan rongga dada menimbulkan kompresi paru-paru selama persalinan menyebabkan udara masuk paru-paru secara mekanis. Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama

kali. Perkembangan sistem pulmoner terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari.

Bayi cukup bulan, mempunyai cairan didalam paru – paru dimana selama lahir 1/3 cairan ini diperas dari paru – paru, jika proses persalinan melalui section cesaria maka kehilangan keuntungan kompresi dada ini tidak terjadi maka dapat mengakibatkan paru – paru basah . (Rukiyah,dkk.2012)

Beberapa tarikan nafas pertama menyebabkan udara memenuhi ruangan trakhea untuk bronkus bayi baru lahir , paru – paru akan berkembang terisi udara sesuai dengan perjalanan waktu.

Tabel 2. 7 Perkembangan Sistem Pulmoner

Umur kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru terbentuk
26-28 hari	Dua bronki membesar
6 minggu	Dibentuk segmen bronkus
12 minggu	Diferensiasi lobus
16 minggu	Dibentuk bronkiolus
24 minggu	Dibentuk alveolus
28 minggu	Dibentuk surfaktan
34-36 minggu	Maturasi struktur (paru-paru dapat mengembangkan sistem alveoli dan tidak mengempis lagi)

Sumber : Marmi, 2012 Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah

2) Rangsangan untuk Gerak Pertama

Dua faktor yang berperan pada rangsangan napas pertama bayi adalah: Hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim, yang merangsang pusat pernapasan di otak dan tekanan terhadap rongga dada, yang terjadi karena kompresi paru-paru selama persalinan, merangsang masuknya udara paru-paru secara mekanis.

Interaksi antara sistem pernapasan, kardiovaskuler, dan susunan saraf pusat menimbulkan pernapasan yang teratur dan

berkesinambungan seta denyut yang diperlukan untuk kehidupan. Jadi, sistem-sistem harus berfungsi secara normal.

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena adanya:

- a) Tekanan mekanis pada torak sewaktu melalui jalan lahir
- b) Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbondioksida merangsang kemoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi)
- c) Rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulasi sensorik)

3) Upaya Pernapasan Bayi Pertama

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi, karena terstimulus oleh sensor kimia dan suhu akhirnya bayi memulai aktivasi napas untuk yang pertama kali.

4) Perubahan pada Sistem Kardiovaskuler

Aliran darah dari plasenta berhenti saat tali pusat diklem dan karena tali pusat diklem, sistem bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat diklem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Hal yang paling penting adalah peningkatan tahanan pembuluh darah dan tarikan napas pertama terjadi secara bersamaan. Oksigen dari napas pertama tersebut menyebabkan sistem pembuluh darah berelaksasi dan terbuka sehingga paru-paru menjadi sistem bertekanan rendah. Ketika janin dilahirkan segera bayi menghirup udara dan menangis kuat. Dengan demikian paru-

paru berkembang. Tekanan paru-paru mengecil dan darah mengalir ke paru-paru.

Pernafasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru – paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan, oksigen pada pernafasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah dan paru – paru akan menurunkan resistensi pembuluh darah paru – paru sehingga terjadi peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan menimbulkan penurunan tekanan pada atrium kiri menyebabkan foramen ovale menutup. (Rukiyah.2012)

5) Perubahan pada Sistem Termoregulasi

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stres fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu di dalam uterus minimal, rentang maksimal hanya 0.6°C sangat berbeda dengan kondisi diluar uterus.

Tiga faktor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi adalah luasnya perubahan tubuh bayi, pusat pengaturan suhu tubuh yang belum berfungsi secara sempurna, tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas

Suhu tubuh normal pada neonatus adalah 36,5°C-37.5°C melalui pengukuran di aksila dan rektum, jika suhu kurang dari 36,5°C maka bayi disebut mengalami hipotermia.

Gejala hipotermia:

- a) Sejalan dengan menurunnya suhu tubuh, maka bayi menjadi kurang aktif, letargi, hipotonus, tidak kuat menghisap ASI dan menangis lemah
- b) Pernapasan megap-megap dan lambat, serta denyut jantung menurun
- c) Timbul sklerema : kulit megeras berwarna kemerahan terutama dibagian punggung, tungkai dan lengan
- d) Muka bayi berwarna merah terang

e) Hipotermia menyebabkan terjadinya perubahan metabolisme tubuh yang akan berakhir dengan kegagalan fungsi jantung, perdarahan terutama pada paru-paru, ikterus dan kematian

Ada 4 mekanisme kehilangan panas tubuh dari bayi baru lahir:

a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda disekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi. (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung)

Contohnya : menimbang bayi tanpa alas timbangan, tanagn penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

b) Konveksi

Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara).

Contoh: membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di ruangan yang terpasang kipas angin.

c) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara dua objek yang mempunyai suhu yang berbeda. Contoh : bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan dengan air conditioner (AC) tanpa diberikan pemanas (radiant warmer), bayi baru lahir dibiarkan dalam keadaan telanjang, bayi baru lahir diletakkan berdekatan dengan ruangan yang dingin, misalnya dekat tembok.

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Evaporasi dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara, aliran udara yang melewati.

6) Perubahan pada Sistem Renal

Pada neonatus fungsi ginjal belum sempurna, hal ini karena :

- a) Jumlah nefron matur belum sebanyak orang dewasa
- b) Tidak seimbang antara luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- c) Aliran darah ginjal (*renal blood flow*) pada neonatus relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa.

Hingga bayi berumur tiga hari ginjalnya belum dipengaruhi oleh pemberian air minum, sesudah lima hari barulah ginjal mulai memproses air yang didapatkan setelah lahir. Bayi baru lahir cukup bulan memiliki beberapa defisit struktural dan fungsional pada sistem ginjal. Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urin pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu 30-60 ml. Normalnya dalam urin tidak terdapat protein atau darah, debris sel yang banyak dapat mengindikasikan adanya cedera atau iritasi dalam sistem ginjal.

7) Perubahan pada Sistem Gastrointestinal

Sebelum janin cukup bulan akan menghisap dan menelan. refleks gumoh dan refleks batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir, kemampuan ini masih cukup selain mencerna ASI, hubungan antara Esophagus bawah dan lambung masih belum sempurna maka akan menyebabkan gumoh pada bayi baru lahir, kapasitas lambung sangat terbatas

kurang dari 30 cc, dan akan bertambah lambat sesuai pertumbuhannya (Rukiyah.2012).

8) Perubahan pada Sistem Hepar

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan lemak dan glikogen. Sel-sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna.

9) Perubahan pada Sistem Imunitas

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah dan meminimalkan infeksi

Bayi baru lahir dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi antibodi keseluruhan terhadap antigen asing masih belum bisa dilakukan sampai awal kehidupannya. Salah satu tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan sistem kekebalan tubuh. Karena adanya defisiensi kekebalan alami yang didapat ini, bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi masih lemah dan tidak memadai, oleh karena itu pencegahan terhadap mikroba dan deteksi dini infeksi menjadi sangat penting.

10) Perubahan pada Sistem Integumen

Lailiyana,dkk (2012) menjelaskan bahwa semua struktur kulit bayi sudah terbentuk saat lahir, tetapi masih belum matang. Epidermis dan dermis tidak terikat dengan baik dan sangat tipis.

Verniks kaseosa juga berfungsi dengan epidermis dan berfungsi sebagai lapisan pelindung. Kulit bayi sangat sensitif dan mudah mengalami kerusakan. Bayi cukup bulan mempunyai kulit kemerahan (merah daging) beberapa setelah lahir, setelah itu warna kulit memucat menjadi warna normal. Kulit sering terlihat berbecak, terutama didaerah sekitar ekstremitas. Tangan dan kaki terlihat sedikit sianotik. Warna kebiruan ini, akrosianosis, disebabkan ketidakstabilan vasomotor, stasis kapiler, dan kadar hemoglobin yang tinggi. Keadaan ini normal, bersifat sementara, dan bertahan selama 7 sampai 10 hari, terutama bila terpajan udara dingin. Bayi baru lahir yang sehat dan cukup bulan tampak gemuk. Lemak subkutan yang berakumulasi selama trimester terakhir berfungsi menyekat bayi. Kulit mungkin agak ketat. Keadaan ini mungkin disebabkan retensi cairan. Lanugo halus dapat terlihat di wajah, bahu, dan punggung. Edema wajah dan ekimosis (memar) dapat timbul akibat presentasi muka atau kelahiran dengan forseps. Petekie dapat timbul jika daerah tersebut ditekan.

Deskuamasi (pengelupasan kulit) pada kulit bayi tidak terjadi sampai beberapa hari setelah lahir. Deskuamasi saat bayi lahir merupakan indikasi pascamaturitas. Kelenjar keringat sudah ada saat bayi lahir, tetapi kelenjar ini tidak merespon terhadap peningkatan suhu tubuh. Terjadi sedikit hiperplasia kelenjar sebacea (lemak) dan sekresi sebum akibat pengaruh hormon kehamilan. Verniks kaseosa, suatu substansi seperti keju merupakan produk kelenjar sebacea. Distensi kelenjar sebacea, yang terlihat pada bayi baru lahir, terutama di daerah dagu dan hidung, dikenal dengan nama milia. Walaupun kelenjar sebacea sudah terbentuk dengan baik saat bayi lahir, tetapi kelenjar ini tidak terlalu aktif pada masa kanak-kanak. Kelenjar-kelenjar ini

mulai aktif saat produksi androgen meningkat, yakni sesaat sebelum pubertas.

11) Perubahan pada Sistem Reproduksi

Lailiyana dkk (2012) menjelaskan sistem reproduksi pada perempuan saat lahir, ovarium bayi berisi beribu-ribu sel germinal primitif. Sel-sel ini mengandung komplemen lengkap ova yang matur karena tidak terbentuk oogonia lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Korteks ovarium yang terutama terdiri dari folikel primordial, membentuk bagian ovarium yang lebih tebal pada bayi baru lahir dari pada orang dewasa. Jumlah ovum berkurang sekitar 90% sejak bayi lahir sampai dewasa.

Peningkatan kadar estrogen selama hamil, yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir, mengakibatkan pengeluaran suatu cairan mukoid atau, kadang-kadang pengeluaran bercak darah melalui vagina (pseudomenstruasi). Genitalia eksternal biasanya edema disertai pigmentasi yang lebih banyak. Pada bayi baru lahir cukup bulan, labio mayora dan minora menutupi vestibulum. Pada bayi prematur, klitoris menonjol dan labio mayora kecil dan terbuka.

Pada laki-laki testis turun ke dalam skrotum sekitar 90% pada bayi baru lahir laki-laki. Pada usia satu tahun, insiden testis tidak turun pada semua anak laki-laki berjumlah kurang dari 1%. Spermatogenesis tidak terjadi sampai pubertas. Prepusium yang ketat sering kali dijumpai pada bayi baru lahir. Muara uretra dapat tertutup prepusium dan tidak dapat ditarik kebelakang selama 3 sampai 4 tahun. Sebagai respon terhadap estrogen ibu ukuran genetalia eksternal bayi baru lahir cukup bulan dapat meningkat, begitu juga pigmentasinya. Terdapat rugae yang melapisi kantong skrotum. Hidrokel (penimbunan cairan disekitar testis) sering terjadi dan biasanya mengecil tanpa pengobatan.

12) Perubahan pada Sistem Skeletal

Lailiyana,dkk (2012) menjelaskan pada bayi baru lahir arah pertumbuhan sefalokaudal pada pertumbuhan tubuh terjadi secara keseluruhan. Kepala bayi cukup bulan berukuran seperempat panjang tubuh. Lengan sedikit lebih panjang daripada tungkai. Wajah relatif kecil terhadap ukuran tengkorak yang jika dibandingkan lebih besar dan berat. Ukuran dan bentuk kranium dapat mengalami distorsi akibat molase (pembentukan kepala janin akibat tumpang tindih tulang-tulang kepala). Ada dua kurvatura pada kolumna vertebralis, yaitu toraks dan sakrum. Ketika bayi mulai dapat mengendalikan kepalanya, kurvatura lain terbentuk di daerah servikal. Pada bayi baru lahir lutut saling berjauhan saat kaki dilluruskan dan tumit disatukan, sehingga tungkai bawah terlihat agak melengkung. Saat baru lahir, tidak terlihat lengkungan pada telapak kaki. Ekstremitas harus simetris. Harus terdapat kuku jari tangan dan jari kaki. Garis-garis telapak tangan sudah terlihat. Terlihat juga garis pada telapak kaki bayi cukup bulan.

13) Perubahan pada Sistem Neuromuskuler

Marmi (2012) menjelaskan sistem neurologis bayi secara anatomik dan fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas pada perkembangan neonatus terjadi cepat; sewaktu bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalnya, kontrol kepala, senyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal. Beberapa refleks pada bayi diantaranya:

a) Refleks Glabella

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama.

b) Refleksi Hisap

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Bisa dilihat saat bayi menyusui.

c) Refleksi Mencari (rooting)

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Misalnya: mengusap pipi bayi dengan lembut: bayi menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.

d) Refleksi Genggam (*palmar grasp*)

Letakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan: bayi mengepalkan.

e) Refleksi Babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

f) Refleksi Moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

g) Refleksi Ekstrusi

Bayi menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.

h) Refleks Tonik Leher “Fencing”

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditlehkan ke satu sisi selagi istirahat.

b. Adaptasi Psikologi

Masa transisi adalah masa ketika bayi menstabilkan dan menyesuaikan diri dengan kemandirian ekstrauteri. (Jan M. Kriebs, 2009) Periode transisi bayi baru lahir : perilaku dan temuan pada bayi baru lahir serta dukungan bidan.

a) Periode reaktivitas pertama dari lahir hingga 30 menit pertama kehidupan

(1) Perilaku/ temuan: frekuensi jantung cepat, terlihat denyutan tali pusat, warna menunjukkan sianosis sementara atau akrosianosis, pernapasan ceat di batas atas rentang normal, ronki harus hilang dalam 20 menit, mungkin menunjukkan pernapasan cuping hidung disertai bunyi dengkur dan retraksi dinding dada, lendir biasanya akibat cairan paru yang tertahan, lendir encer, jernih, kadang terdapat gelembung- gelembung kecil, mata membuka, bayi menunjukkan perilaku siaga, mungkin menangis, terkejut, atau mencari puting susu, seringkali mengeluarkan feses sesaat setelah lahir, bising usus biasanya timbul dalam 30 menit, bayi memfokuskan pandangannya pada ibu atau ayahnya ketika mereka berada pada lapang pandang yang tepat, kebanyakan akan menyusui pada periode ini.

(2) Dukungan bidan: maksimalkan kontak antara ibu dan bayi baru lahir, bantu ibu menggendong bayi untuk memfasilitasi proses saling mengenal, dorong ibu untuk menyusui bayinya ketika bayi berada pada tahap sangat siaga sebagai upaya melindungi bayi dari hipoglikemia fisiologis yang

terjadi setelah lahir, minimalkan prosedur maternal yang tidak nyaman selama periode ini

- b) Periode tidur yang tidak berespon usia 30 menit hingga 2 jam
 - (1) Perilaku atau temuan: Frekuensi jantung menurun hingga kurang dari 140 denyut per menit pada periode ini. Dapat terdengar murmur; indikasi bahwa duktus arteriosus belum sepenuhnya menutup (temuan normal), frekuensi pernapasan menjadi lebih lambat dan tenang, tidur dalam, bising usus terdengar, namun kurang
 - (2) Dukungan bidan: jika memungkinkan, bayi baru lahir jangan diganggu untuk pemeriksaan mayor atau dimandikan selama periode ini. Tidur dalam yang pertama ini memungkinkan bayi pulih dari tuntutan kelahiran dan transisi segera ke kehidupan ekstrauteri
- c) Periode reaktivitas kedua 2 hingga 6 jam kehidupan
 - (1) Perilaku atau temuan: Frekuensi jantung stabil, warna cepat berubah karena pengaruh stimulus lingkungan, frekuensi pernapasan bervariasi, karena aktivitas, harus <60 kali per menit tanpa disertai ronki, mungkin berminat untuk menyusu, mungkin bereaksi terhadap makanan pertama dengan meludahkan susu bercampur lendir
 - (2) Dukungan bidan: pemberian makan dini, dorong pemberian ASI, bayi yang diberi susu botol biasanya minum kurang dari 30 ml tiap pemberian, wanita yang baru menjadi ibu harus diberi tahu teknik menyendawakan, lendir yang muncul selama pemberian makan dini dapat menghambat pemberian makan yang adekuat. Lendir yang banyak mungkin mengindikasikan adanya masalah, seperti atresia esofagus. Lendir yang bercampur empedu menandakan adanya penyakit.

c. Tahapan Bayi Baru Lahir

Menurut Dewi (2010) tahapan-tahapan pada bayi baru lahir diantaranya: Tahap I terjadi setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem *scoring apgar* untuk fisik. Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.

Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

Tabel 2. 8 APGAR skor

Tanda	Nilai: 0	Nilai: 1	Nilai: 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
<i>Grimace</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Activity</i> (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
<i>Respiration</i> (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber Dewi (2013)

d. Penilaian Awal Pada Bayi Baru Lahir

Lailiyana dkk (2012) menyebutkan penilaian awal yang dilakukan pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- Aterm (cukup bulan) atau tidak Menangis kuat atau bernapas tanpa kesulitan
- Warna kulit bayi (merah muda, pucat, atau kebiruan)
- Gerakan, posisi ekstremitas, atau tonus otot bayi

e. Pelayanan Essensial Pada Bayi baru Lahir

a) Jaga Bayi Tetap Hangat

Dalam bukunya Asri dan Clervo (2012) menjelaskan cara menjaga agar bayi tetap hangat sebagai berikut: Mengeringkan bayi seluruhnya dengan selimut atau handuk hangat,

membungkus bayi, terutama bagian kepala dengan selimut hangat dan kering, mengganti semua handuk/selimut basah, bayi tetap terbungkus sewaktu ditimbang, buka pembungkus bayi hanya pada daerah yang diperlukan saja untuk melakukan suatu prosedur, dan membungkusnya kembali dengan handuk dan selimut segera setelah prosedur selesai, menyediakan lingkungan yang hangat dan kering bagi bayi tersebut, atur suhu ruangan atas kebutuhan bayi, untuk memperoleh lingkungan yang lebih hangat, memberikan bayi pada ibunya secepat mungkin, meletakkan bayi diatas perut ibu, sambil menyelimuti keduanya dengan selimut kering, tidak mandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir.

b) Pembebasan Jalan Napas

Dalam bukunya Asri dan Sujiyatini (2010) menyebutkan perawatan optimal jalan napas pada BBL sebagai berikut membersihkan lendir darah dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kasa, menjaga bayi tetap hangat, menggosok punggung bayi secara lembut, mengatur posisi bayi dengan benar yaitu letakkan bayi dalam posisi terlentang dengan leher sedikit ekstensi di perut ibu.

c) Cara Mempertahankan Kebersihan Untuk Mencegah Infeksi

- (1) Mencuci tangan dengan air sabun
- (2) Menggunakan sarung tangan
- (3) Pakaian bayi harus bersih dan hangat
- (4) Memakai alat dan bahan yang steril pada saat memotong tali pusat
- (5) Jangan mengoleskan apapun pada bagian tali pusat
- (6) Hindari pembungkusan tali pusat

d) Perawatan Tali Pusat

Dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan neonatal Esensial (2010) dituliskan beberapa perawatan tali pusat sebagai berikut

- a. Cuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat.
- b. Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apaun ke puntung tali pusat.
- c. Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembap.
- d. Berikan nasihat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi: lipat popok di bawah puntung tali pusat, luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri, jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih, perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak ananah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihat ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan.

e) Inisiasi Menyusui Dini

Dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan neonatal Esensial (2010) dituliskan prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Langkah IMD dalam asuhan bayi baru lahir yaitu:

- (1) Lahirkan, lakukan penilaian pada bayi, keringkan
- (2) Lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam
- (3) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusui

f) Pemberian Salep Mata

Dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan neonatal Esensial (2010) dijelaskan salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi

mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi setelah menyusui, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep mata antibiotik tetrasiklin 1%.

g) Pemberian Vitamin K

Dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan neonatal Esensial (2010) dijelaskan untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir diberikan suntikan Vitamin K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuskular pada antero lateral paha kiri.

h) Pemberian Imunisasi Hb 0

Dalam Buku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial dijelaskan Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskuler. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi umur 0-7 hari karena:

- (1) Sebagian ibu hamil merupakan *carrier* Hepatitis B.
- (2) Hampir separuh bayi dapat tertular Hepatitis B pada saat lahir dari ibu pembawa virus.
- (3) Penularan pada saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi Hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut menjadi sirosis hati dan kanker hati primer.
- (4) Imunisasi Hepatitis B sedini mungkin akan melindungi sekitar 75% bayi dari penularan Hepatitis B

Selain imunisasi Hepatitis B yang harus diberikan segera setelah lahir, berikut ini adalah jadwal imunisasi yang harus diberikan kepada neonatus/ bayi muda.

Tabel 2. 9 Jadwal Imunisasi Pada Neonatus/Bayi Muda

Umur	Jenis Imunisasi	
	Lahir Di Rumah	Lahir Di Sarana Pelayanan Kesehatan
0-7 hari	HB-0	HB-0, BCG, Polio 1
1 bulan	BCG dan Polio 1	-----
2 bulan	DPT-HB 1 dan Polio 2	DPT-HB 1 dan Polio 2

f. Neonatus Berisiko Tinggi

Dewi (2013) menjelaskan beberapa kondisi yang menjadikan neonatus berisiko tinggi diantaranya:

a) Asfiksia Neonatorum

Suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya.

b) Perdarahan Tali Pusat

Pendarahan yang terjadi pada tali pusat bisa timbul karena trauma pengikatan tali pusat yang kurang baik atau kegagalan proses pembentukan trombus normal. Selain itu, perdarahan pada tali pusat juga bisa sebagai petunjuk adanya penyakit pada bayi.

c) Kejang Neonatus

Penyebab utama terjadinya kejang adalah kelainan bawaan pada otak, sedangkan sebab sekunder adalah gangguan metabolik atau penyakit lain seperti penyakit infeksi.

g. Waktu Pemeriksaan BBL

Dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak dituliskan pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu pertama pada 6 jam-48 jam setelah lahir, kedua pada hari ke 3-7 setelah lahir, ketiga pada hari ke 8-28 setelah lahir. Dan pelayanan yang diberikan yaitu:

- a. Berat badan
 - b. Panjang badan
 - c. Menanyakan pada ibu, bayi sakit apa?
 - d. Memeriksa kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri
 - e. Frekuensi nafas/menit, suhu
 - f. Frekuensi denyut jantung (kali/menit)
 - g. Memeriksa adanya diare
 - h. Memeriksa ikterus/bayi kuning
 - i. Memeriksa kemungkinan berat badan rendah
 - j. Memeriksa status pemberian Vitamin K1
 - k. Memeriksa status imunisasi HB-0
 - l. Memeriksa masalah/keluhan ibu
- 4) Kunjungan Neonatal (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015)
- Pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu :
- a) Kunjungan Neonatal Hari ke 1(KN 1) 6 jam-48 jam
 - (1) Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilakukan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (>24 jam)
 - (2) Untuk bayi yang lahir di rumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam maka pelayanan dilaksanakan pada 6-24 jam setelah lahir. Hal –hal yang dilaksanakan adalah :
 - (a) Jaga kehangatan bayi
 - (b) Berikan ASI Eksklusif
 - (c) Cegah infeksi
 - (d) Rawat tali pusat
 - b) Kunjungan Neonatal Hari ke 2(KN 2) 3 hari – 7 hari
 - (1) Jaga kehangatan bayi
 - (2) Berikan ASI Eksklusif
 - (3) Cegah infeksi

- (4) Rawat tali pusat
- c) Kunjungan Neonatal Hari ke 3 (KN 3) 8 hari-28 hari
 - (1) Periksa ada/tidaknya tanda bahaya dan atau gejala sakit
 - (2) Jaga kehangatan bayi
 - (3) Berikan ASI Eksklusif
 - (4) Cegah infeksi
 - (5) Rawat tali pusat

D. Nifas

1. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Masa nifas

Post partum (*puerperium*) adalah masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Taufan, 2014)

Post partum adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan kembali sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu. Masa nifas ini dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya placenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu.

Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan ASI, cara menjarakan kehamilan, imunisasi dan nutrisi bagi ibu. Masa pasca persalinan adalah fase khusus dalam kehidupan ibu serta bayi. Bagi ibu yang mengalami persalinan untuk pertama kalinya, ibu menyadari adanya perubahan kehidupan yang sangat bermakna selama kehidupannya. Keadaan ini ditandai dengan perubahan emosional, perubahan fisik secara dramatis, hubungan keluarga dan aturan serta penyesuaian terhadap aturan yang baru (Rahmawati, 2010).

b. Tujuan asuhan masa nifas

Menurut Taufan (2014), tujuan post partum adalah :

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi, maupun fisik maupun psikologisnya.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi keluarga berencana, menyusui pemberian imunisasi dan perawatan bayi sehat.

c. Peran dan tanggung jawab bidan masa nifas

Menurut Bahiyatun, 2009 Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas adalah memberi perawatan dan dukungan sesuai kebutuhan ibu, yaitu melalui kemitraan (partnership) dengan ibu. Selain itu, dengan cara:

- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada ibu nifas.
- 2) Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan pada masa nifas.
- 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan berdasarkan prioritas masalah.
- 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana.
- 5) Mengevaluasi bersama klien asuhan kebidanan yang telah diberikan.
- 6) Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien.

d. Tahapan masa nifas

Menurut Purwanti, 2011 masa nifas dibagi menjadi 3 tahap yaitu

1) Puerperium Dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan. Pada saat ini ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2) Puerperium Intermedial

Puerperium Intermedial merupakan masa kepulihan alat-alat genitalia secara menyeluruh yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) Remote Puerperium

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau persalinan

mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

e. Kebijakan program nasional masa nifas

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan BBL, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi antara lain sebagai berikut :

- 1) Kunjungan I : Asuhan 6 jam- 3 hari setelah melahirkan
 - 2) Kunjungan II : Asuhan 4 hari-28 hari setelah melahirkan
 - 3) Kunjungan III : Asuhan 29 hari- 42 hari setelah melahirkan
- (Kemenkes, 2015).

Tabel 2. 10 Asuhan Kunjungan Nifas Normal

UNJUNGAN	WAKTU	ASUHAN
I	6 jam – 3 hari <i>post partum</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi yang baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi 7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.
II	4-28 hari post partum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

III	29-42 hari <i>post partum</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari 5. Menanyakan kepada ibu tentang kesulitan yang ia atau bayi alami 6. Memberikan konseling untuk KB secara dini.
-----	----------------------------------	---

Sumber:(Kemenkes, 2015).

f. Perubahan fisiologis masa nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

Alat genitalia baik internal maupun eksternal kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut *involutio*. Bidan dapat membantu ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan-perubahan seperti :

a. *Involutio uteri*

Involutio uteri atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses *involutio uteri* terdiri dari *iskemia miometrium*, *atrofi jaringan*, *autolisis* dan efek oksitosin (Nugroho dkk, 2014).

Tabel 2. 11 Perubahan normal pada uterus selama masa nifas

Involutio uteri	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	Tidak teraba	

Sumber: Nugroho dkk, 2011

b) *Involutio* tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam *kavum uteri*. Segera setelah plasenta lahir dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya

sebesar 3-4 cm dan pada akhir masa nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali (Nugroho dkk, 2014).

Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh *thrombus*. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka (Nugroho dkk, 2014).

c) Rasa nyeri atau mules- mules (*After pains*)

Disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan. Perasaan mules ini lebih terasa bila sedang menyusui. Perasaan sakit pun timbul bila masih terdapat sisa-sisa selaput ketuban, sisa-sisa plasenta atau gumpalan darah di dalam kavum uteri (Purwanti, 2012).

d) *Lochea*

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/ alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal (Nugroho dkk, 2014). *Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama nifas. *Lochea* mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. *Lochea* mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-bedapada setiap wanita. *Lochea* yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. *Lochea* mengalami perubahan karena proses involusi (Nurliana Mansyur, 2014).

Jenis – jenis *Lochea* yaitu:

(1) *Lokhea rubra*/merah

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-3 masa *post partum*. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi), dan *mekonium*.

(2) *Lokhea sanguinolenta*

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

(3) *Lokhea serosa*

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung *serum*, *leukosit*, dan robekan atau *laserasi* plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14 post partum

(4) *Lokhea alba*/putih

Lokhea ini mengandung *leukosit*, sel desidua, sel epitel, selaput lendir *serviks*, dan serabut jaringan yang mati. *Lokhea alba* ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “*lokhea purulenta*”. Pengeluaran *lokhea* yang tidak lancar disebut dengan “*lokhea statis*”.

e) Laktasi

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. Bagi setiap ibu yang melahirkan akan tersedia makanan bagi bayinya, dan bagi anak akan merasa puas dalam pelukan ibunya, merasa aman, tenteram, hangat akan kasih sayang ibunya. Hal ini merupakan faktor yang penting bagi perkembangan anak selanjutnya.

Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri, dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI. Ibu yang sedang menyusui juga jangan jangan terlalu banyak dibebani urusan pekerjaan rumah tangga, urusan kantor dan lainnya karena hal ini juga dapat mempengaruhi produksi ASI. Untuk memproduksi ASI yang baik harus dalam keadaan tenang. Ada 2 refleksi yang sangat dipengaruhi oleh keadaan jiwa ibu, yaitu:

(1) *Refleks Prolaktin*

Pada waktu bayi menghisap payudara ibu, ibu menerima rangsangan *neurohormonal* pada puting dan *areola*, rangsangan ini melalui *nervus vagus* diteruskan ke *hypophysa* lalu ke *lobus anterior*, *lobus anterior* akan mengeluarkan hormon *prolaktin* yang masuk melalui peredaran darah sampai pada kelenjar-kelenjar pembuat ASI dan merangsang untuk memproduksi ASI.

(2) *Refleks Let Down*

Refleks ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan *areola* yang dikirim *lobus posterior* melalui *nervus vagus*, dari *glandula pituitary posterior* dikeluarkan hormon oksitosin kedalam peredaran darah yang menyebabkan adanya kontraksi otot-otot *myoepitel* dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas kearah *ampula* (Nurliana Mansyur, 2014).

f) *Serviks*

Segara setelah post partum bentuk *serviks* agak menganga seperti corong, disebabkan oleh karena korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi sedangkan *serviks* tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan *serviks* uteri berbentuk seperti cincin. *Serviks* mengalami *invulusi* bersama-sama uterus. Setelah persalinan, *ostium eksterna* dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan *serviks* menutup (Nurliana Mansyur, 2014).

(1) *Endometrium*

Tempat implantasi plasenta akan timbul *thrombosis* degenerasi dan *nekrosis*. Pada hari pertama *endometrium* yang kira-kira setebal 2-5 cm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin.

Setelah 3 hari permukaan *endometrium* akan rata akibat lepasnya sel-sel dari bagian yang mengalami degenerasi (Nurliana Mansyur, 2014).

(2) *Ligamen*

Setelah bayi lahir, *ligament* dan diafragma *pelvis fasia* yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan *ligament* yang dapat terjadi pasca persalinan antara lain *ligamentum rotundum* menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi *retrofleksi*, *ligament*, *fasia*, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Nugroho dkk, 2014).

(3) Perubahan pada *vulva*, *vagina* dan *perineum*

Vulva dan *vagina* mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu *vulva* dan *vagina* kembali pada keadaan tidak hamil dan rugae dalam *vagina* secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Segera setelah melahirkan, *perineum* menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5 *perineum* sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun telah lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Nurliana Mansyur, 2014).

2. Perubahan sistem pencernaan

Seorang wanita dapat merasa lapar siap menyantap makanannya dua jam setelah persalinan. Kalsium sangat penting untuk gigi pada kehamilan dan masa nifas, dimana pada masa ini terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatnya kebutuhan kalsium pada

ibu, terutama pada bayi yang dikandungnya untuk proses pertumbuhan janin juga pada ibu dalam masa laktasi (Taufan, 2014).

3. Perubahan sistem perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sphincter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sphinter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Kandung kemih dalam puerperium sangat kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urine residual (normal + 15cc).

Sisa urine dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari kedua dan kelima hal ini, disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan (Diah Wulandari, 2010).

4. Perubahan sistem muskuloskeletal

Ligament, fasia, dan diafragma pevis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir setelah berangsur-angsur menciut dan pulih kembali, sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, karena ligament menjadi kotor. Sebagai putusnya serat-serat elastic kulit dan distensi yang berlangsung lama dan akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen menjadi lunak dan kendur (Taufan, 2014)

5. Perubahan sistem endokrin

a. Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (*Human Chorionik Gonadotropin*) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 *post partum*.

b. Hormon *pituitary*

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi *folikuler* (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c. *Hypotalamik pituitaryovarium*

Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar progesteron dan estrogen (Nurliana Mansyur, 2014).

d. Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan asi (Nurliana Mansyur, 2014).

6. Perubahan tanda-tanda vital

a. Suhu tubuh

Dalam 1 hari (24 jam) *post partum*, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Apabila keadaan normal, suhu badan menjadi biasa.

b. Denyut Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

c. Tekanan Darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat *post partum* dapat menandakan terjadinya *pre eklamsi post partum*.

d. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernapasannya juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pernapasan.

7. Perubahan sistem kardiovaskuler

Perubahan hormon selama hamil dapat menyebabkan terjadinya hemodilusi sehingga kadar Hemoglobin (HB) wanita hamil biasanya sedikit lebih rendah dibandingkan dengan wanita hamil. Selain pertama setelah kelahiran bayi dapat diperas dari putting susu. Colostrum banyak mengandung prolaktin, yang sebagian besar globulin dan lebih banyak mineral tapi gula dan lemak sedikit (Nurjanah,2013).

8. Perubahan sistem hematologi

Leukosit yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa *postpartum*. Jumlah sel darah putih tersebut bisa naik lagi sampai 25.000 atau 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Jumlah Hemoglobin, hematokrit dan erytrosyt akan sangat bervariasi pada awal-awal masa *postpartum* sebagai akibat dari volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Kira-kira selama kelahiran dan masa *postpartum* terjadi kehilangan darah sekitar 200-500ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematogrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7

postpartum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu *postpartum* (Ambarwati ER, 2010)

9. Proses adaptasi psikologis ibu masa nifas

a. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Proses adaptasi psikologis sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seseorang wanita dapat bertambah. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah.

Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah fungsi menjadi orang tua, respon dan dukungan dari keluarga, riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan, harapan, keinginan dan aspirasi saat kehamilan dan melahirkan.

Proses masa nifas merupakan waktu untuk terjadinya stress terutama bagi ibu primipara sehingga dapat membuat perubahan psikologis yang berat. Faktor yang berpengaruh untuk sukses dan lancarnya masa transisi untuk menjadi orang tua termasuk: respon dan support dari keluarga dan teman dekat, hubungan yang baik antara pengalaman hamil dan melahirkan dengan harapan, keinginan dan aspirasi ibu, riwayat pengalaman hamil dan melahirkan yang lalu. Periode ini dideskripsikan oleh Reva Rubin yang terjadi dalam beberapa tahapan.

Fase- fase yang dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain:

1) *Fase Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules , nyeri pada luka jahitan, kurang tidur dan kelelahan. Hal

yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat yang cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada masa ini adalah kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum biasa menyusui bayinya, kritikan suami atau keluarganya tentang perawatan bayinya.

2) *Fase Taking Hold*

Periode ini berlangsung pada hari ke 3-10 hari setelah persalinan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa bertanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive sehingga lebih mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan / pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain: mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang baik dan benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

3) *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisinya. Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut: fisik: Istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih, psikologis. Dukungan dari keluarga sangat dibutuhkan, sosial: perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani ibu saat ibu merasa kesepian, psikososial (Ambarwati, 2010).

b. Postpartum blues

Ada kalanya ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya. Keadaan ini disebut dengan *baby blues*, yang disebabkan oleh perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil sehingga sulit menerima kehadiran bayinya. Perubahan perasaan ini merupakan respon alami terhadap rasa lelah yang dirasakan. Selain itu, juga karena perubahan fisik dan emosional selama beberapa bulan kehamilan. Setelah melahirkan dan lepasnya plasenta dari dinding rahim, tubuh ibu mengalami perubahan besar dalam jumlah hormone sehingga membutuhkan waktu untuk menyesuaikan diri.

Gejala- gejala *Baby blues*, antara lain menangis, mengalami perubahan perasaan, cemas, kesepian, khawatir mengenai sang bayi, penurunan gairah sex, dan kurang percaya diri terhadap kemampuan menjadi seorang ibu. Jika disarankan untuk melakukan hal-hal berikut ini

- 1) Mintalah bantuan suami atau keluarga jika ibu membutuhkan istirahat untuk menghilangkan kelelahan.
- 2) Beritahu suami mengenai apa yang sedang ibu rasakan. Mintalah dukungan dan pertolongannya.
- 3) Buang rasa cemas dan kekhawatiran akan kemampuan merawat bayi
- 4) Carilah hiburan dan luangkan waktu untuk diri sendiri.

Ada kalanya ibu merasakan kesedihan karena kebebasan, otonomi, interaksi sosial, kemandiriannya berkurang. Hal ini akan mengakibatkan depresi pasca-persalinan (depresi postpartum). Berikut ini gejala-gejala depresi pasca-persalinan: sulit tidur, bahkan ketika bayi sudah tidur, nafsu makan hilang perasaan tidak berdaya atau kehilangan, terlalu cemas atau tidak perhatian sama sekali pada bayi, tidak menyukai atau takut menyentuh bayi, pikiran yang menakutkan mengenai bayi, sedikit atau tidak ada perhatian terhadap penampilan

pribadi, gejala fisik seperti banyak wanita sulit bernapas atau perasaan berdebar-debar (Ambarwati,2010)

c. Post Partum Psikosis

Banyak ibu mengalami perasaan *let down* setelah melahirkan sehubungan dengan seriusnya pengalaman waktu melahirkan dan keraguan akan kemampuan mengatasi secara efektif dalam membesarkan anak. Umumnya depresi ini sedang dan mudah berubah dimulai 2-3 hari setelah melahirkan dan dapat diatasi 1-2 minggu kemudian (Bahiyatun, 2009).

d. Kesedihan dan Dukacita

1) Kemurungan Masa Nifas

Kemurungan masa nifas normal saja dan disebabkan perubahan dalam tubuh dalam seorang wanita selama kehamilan serta perubahan dalam irama/cara kehidupannya sesudah bayi lahir. Seorang ibu lebih beresiko mengalami kemurungan pasca salin, karena ia masih muda mempunyai masalah dalam menyusui bayinya. Kemurungan pada masa nifas merupakan hal yang umum, dan bahwa perasaan-perasaan demikian biasanya hilang sendiri dalam dua minggu sesudah melahirkan.

2) Terciptanya ikatan ibu dan bayinya

Menciptakan terjadinya ikatan bayi dan ibu dalam jam pertama setelah kelahiran yaitu dengan cara mendorong pasangan orang tua untuk memegang dan memeriksa bayinya, memberi komentar positif tentang bayinya, meletakkan bayinya disamping ibunya. Perilaku normal orang tua untuk menyentuh bayinya ketika mereka pertama kali melihat bayinya yaitu dengan meraba atau menyentuh anggota badan bayi serta kepalanya dengan ujung jari. Berbagai perilaku yang merupakan tanda yang harus diwaspadai dalam kaitannya dengan ikatan antara ibu dan bayi dan kemungkinan penatalaksanaannya oleh bidan. Penatalaksanaan tindakan apa saja yang bisa membantu terciptanya ikatan antara

ibu dan bayi dan pengamatan yang kontinyu memberikan dorongan pada pasangan orang tua.

- 3) Tanda- tanda dan gejala serta etiologi kemurungan masa nifas dan klasifikasi atau istilah-istilah lokal yang dipakai untuk mengambarkannya. Ibu yang beresiko tinggi yang mempunyai reaksi psikologis lebih parah dari pada kemurungan masa nifas. Ibu yang sebelumnya pernah mengalami depresi atau tekanan jiwa. Ibu yang rasa percaya dirinya (harkatnya) rendah. Ibu yang tidak mempunyai jaringan dukungan, ibu yang bayinya meninggal atau menyandang masalah. Tanda-tanda dan gejala ibu yang mengalami atau mempunyai reaksi psikologis yang lebih parah dari pada kemurungan masa nifas dan bagaimana penatalaksanaan kebidanannya. Tanda-tanda dan gejala: tidak bisa tidur atau tidak bernafsu makan, merasa bahwa ia tidak merawat dirinya sendiri atau bayinya, berfikir untuk mencederai dirinya sendiri atau bayinya, seolah mendengar suara-suara atau tidak dapat berfikir secara jernih, perilakunya aneh, kehilangan sentuhan atau hubungan dengan kenyataan, adanya halusinasi atau khayalan, menyangkal bahwa bayi yang dilahirkan adalah anaknya (Ambarwati, 2010).

10. Faktor-faktor yang mempengaruhi masa nifas dan menyusui

a. Faktor fisik

Kelelahan fisik karena aktivitas mengasuh bayi, menyusui, memandikan, mengganti popok, dan pekerjaan setiap hari membuat ibu kelelahan, apalagi jika tidak ada bantuan dari suami atau anggota keluarga lain (Sulistyawati, 2009).

b. Faktor psikologis

Berkurangnya perhatian keluarga, terutama suami karena semua perhatian tertuju pada anak yang baru lahir. Padahal selesai persalinan ibu merasa kelelahan dan sakit pasca persalinan membuat ibu membutuhkan perhatian. Kecewa terhadap fisik bayi karena tidak

sesuai dengan pengrapan juga bisa memicu *baby blue* (Sulistyawati, 2009).

c. Faktor lingkungan, sosial, budaya, dan ekonomi

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan memengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatana keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan (Sulistyawati, 2009).

Faktor lingkungan yang paling mempengaruhi status kesehatan masyarakat terutama ibu hamil, bersalin, dan nifas adalah pendidikan. Jika masyarakat mengetahui dan memahami hal-hal yang memepengaruhi status kesehatn tersebut maka diharapkan masyarakat tidak dilakukan kebiasaan atau adat istiadat yang merugikan kesehatan khususnya ibu hamil, bersalin, dan nifas.

Status ekonomi merupakan simbol status soaial di masyarakat. Pendapatan yang tinggi menunjukkan kemampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan nutrisi yang memenuhi zat gizi untuk ibu hamil. Sedangkan kondisi ekonomi keluarga yang rendah mendorong ibu nifas untuk melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan kebutuhan kesehatan (Sulistyawati, 2009).

11. Kebutuhan dasar ibu masa nifas

a. Nutrisi

Nutrisi atau Gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, arena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi.

Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Disamping itu harus mengandung :

1) Sumber Tenaga (Energi)

Untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru, penghematan protein (jika sumber tenaga kurang, protein dapat digunakan sebagai cadangan untuk memenuhi kebutuhan energi).

2) Sumber Pembangun (Protein)

Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan pergantian sel-sel yang rusak atau mati. Sumber protein dapat diperoleh dari protein hewani (ikan, udang, kerang, kepiting, daging ayam, hati, telur, susu, tempe, dan tahu).

3) Sumber Pengatur dan Perlindungan (Mineral, Vitamin dan Air)

Unsur-unsur tersebut dapat digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan pengatur kelancaran metabolisme dalam tubuh. Ibu menyusui minum Air sedikitnya 3 liter setiap hari (anjurkan ibu minum air setelah menyusui).

b. Ambulasi Dini (*Early ambulation*)

Disebut juga *early ambulation*. *Early ambulation* adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya membimbingnya secepat mungkin untuk berjalan. Klien sudah diperbolehkan untuk bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. Keuntungan *early ambulation* adalah :

- 1) Klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
- 3) Dapat lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan selama ibu masih dalam perawatan (Diah Wulandari, 2010).

c. Eliminasi (Buang Air Kecil dan Besar)

Dalam 6 jam pertama *post partum*, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat menyebabkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus dapat meyakinkan pasien bahwa kencing segera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi *postpartum*.

Dalam 24 jam pertama pasien juga sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus. Bidan harus dapat meyakinkan pasien untuk tidak takut buang air besar karena buang air besar tidak akan menambah parah luka jalan lahir. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih.

d. Kebersihan Diri

Mandi di tempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri di kamar mandi, yang terutama dibersihkan adalah puting susu dan mammae dilanjutkan perawatan perineum.

1) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam tidak boleh terkontaminasi oleh tangan.

2) Perawatan payudara

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.

- b) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui.
- c) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.
- d) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.

e. Istirahat

Kebahagiaan setelah melahirkan dapat membuat sulit istirahat. Seorang ibu baru akan cemas apakah ia akan mampu merawat anaknya atau tidak. Hal ini mengakibatkan sulit tidur. Juga akan terjadi gangguan pola tidur karena beban kerja bertambah, ibu harus mendeteksi atau mengganti popok yang sebelumnya tidak pernah dilakukan. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan-perlahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayinya tidur (Diah Wulandari, 2010).

f. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah melahirkan. Keputusan berlangsung pada pasangan yang bersangkutan (Nurjanah, 2013).

g. Latihan Senam Nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawall mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit *postpartum*. Sebelum memulai bimbingan cara senam nifas, sebaiknya bidan mendiskusikan terlebih dahulu dengan pasien mengenai

pentingnya otot perut dan panggul untuk kembali normal. Dengan kembalinya kekuatan otot perut dan panggl, akan mengurangi keluhan sakit punggung yang bisanya dialami oleh ibu nifas. Latihan tertentu beberapa menit akan membantu untuk mengencangkan otot bagian perut (Nurjanah,2013).

12. Respon orang tua terhadap bayi baru lahir

a. *Bounding Attacment*

Yang dimaksud dengan Bounding Attacment adalah sentuhan awal atau kontak kulit antara ibu dan bayi pada menit-menit pertama sampai beberapa menit setelah kelahiran bayi. Pada proses ini, terjadi penggabungan berdasarkan cinta dan penerimaan yang tulus dari orang tua terhadap anaknya dan memberikan dukungan asuhan dalam perawatannya (Nugroho, 2014).

b. Respon ayah dan keluarga

Peran ayah sebagai penyedia dan sebagai penerima dukungan pada periode pasca natal telah sama-sama diabaikan. Terdapat bukti bahwa ayah memainkan fungsi pendukung yang sangat penting di dalam keluarga, namun pertanyaan tentang kapan dan bagaimana memberikan intervensi atau dukungan sampai dengan saat ini belum terselesaikan. Transisi menjadi orang tua merupakan hal yang menimbulkan stres dan pria membutuhkan banyak dukungan sebagaimana wanita transisi digambarkan sebagai “suatu periode krisis identitas yang melibatkan terjadinya serangkaian perubahan, kehilangan, dan ansietas yang berhubungan dengan dunia eksternal dan internal seseorang (Purwanti, 2011).

Respon orang tua dan keluarga terhadap bayinya di pengaruhi oleh 2 faktor yaitu:

1) Faktor internal

Yaitu genetika, kebudayaan yang mereka praktekkan dan menginternalisasikan dalam diri mereka, moral dan nilai, kehamilan sebelumnya, pengalaman yang terkait,

pengidentifikasian yang telah mereka lakukan selama kehamilan (menidentifikasikan diri mereka sendiri sebagai orang tua, keinginan menjadi orang tua yang telah di impikan dan efek pelatihan selama kehamilan.

2) Faktor eksternal

Yaitu perhatian yang diterima selama hamil, melahirkan dan postpartum, sikap dan perilaku pengunjung dan apakah bayinya terpisah dari orang tua selama satu jam pertama dan hari-hari dalam kehidupannya (Ambarwati, 2010).

c. Sibling rivalry

Sibling rivalry dapat diartikan sebagai persaingan antara saudara kandung. Persaingan antara saudara kandung merupakan respon yang normal seorang anak karena merasa ada ancaman gangguan yang mengganggu kestabilan hubungan keluarganya dengan adanya saudara baru (Ambarwati, 2010).

Hal ini dapat dicegah dengan selalu melibatkan anak dalam mempersiapkan kelahiran adiknya. Orang tua mengupayakan untuk memperkenalkan calon saudara kandungnya sejak masih dalam kandungan dengan menunjukkan gambar-gambar bayi yang masih dalam kandungan sebagai media yang dapat membantu anak dalam kandungan sebagai media yang dapat membantu anak dalam mengimajinasikan keadaan calon saudara kandungnya (Sulistyawati, 2009).

Peran bidan dalam mengatasi sibling rivalry, antara lain membantu menciptakan terjadinya ikatan antara ibu dan bayi dalam jam pertama pasca kelahiran dan memberikan dorongan pada ibu serta keluarga untuk memberikan respon positif tentang bayinya, baik melalui sikap maupun ucapan dan tindakan (Yanti, 2011).

13. Proses laktasi dan menyusui

a. Anatomi dan fisiologi payudara

Bagian payudara terdiri dari

1) Pabrik ASI (*alveoli*)

Alveoli berbentuk seperti buah anggur, dinding-dindingnya terdiri dari sel-sel yang memproduksi ASI jika dirangsang oleh hormone prolaktin.

2) Saluran ASI (*duktus lactiferous*)

Berfungsi untuk menyalurkan ASI dari pabrik ke gudang

3) Gudang ASI (*sinus lactiferous*)

Tempat penyimpanan ASI yang terletak di bawah kalang payudara (*areola*)

4) Otot polos (*myoepithel*)

Otot yang mengelilingi pabrik ASI, jika dirangsang oleh hormon oksitosin maka otot yang melingkari pabrik ASI akan mengerut dan menyemburkan ASI di dalamnya, selanjutnya ASI akan mengalir ke saluran payudara dan berakhir di gudang ASI. (Ari, Sulistyawati 2009)

b. Dukungan bidan dalam pemberian ASI

Pengetahuan ibu dalam memposisikan bayi pada payudaranya, ketepatan waktu menyusui, rasa percaya diri serta dukungan dalam memberi ASI terbukti dapat membantu mencegah berbagai kesulitan umum saat menyusui. Untuk itu kehadiran seorang bidan sangat diperlukan untuk meyakinkan ibu bahwa bayi memperoleh makanan yang mencukupi dari ASI, membantu ibu hingga ia mampu menyusui bayinya sendiri.

Langkah – langkah bidan dalam memberikan dukungan pemberian ASI :

- 1) Membiarkan bayi bersama ibunya segera sesudah dilahirkan, selama beberapa jam pertama. Hal ini penting dilakukan untuk membangun hubungan, disamping pemberian ASI. Bayi normal akan terjaga selama beberapa jam sesudah lahir, sebelum memasuki masa tidur pulas. Pada saat terjaga tersebut bayi wajib menerima ASI. Kondisi ini harus diciptakan agar bayi merasa

nyaman dan hangat dengan membaringkan di pangkuan, menyelimutinya, dan menempelkan ke kulit ibunya. Jika mungkin, lakukan ini paling sedikit selama 30 menit. (Purwati, Eni 2012)

- 2) Mengajarkan kepada ibu cara merawat payudara yang sehat untuk mencegah masalah umum yang timbul. Ibu harus menjaga agar tangan dan puting susunya selalu bersih untuk mencegah kotoran dan kuman masuk ke dalam mulut bayi. Ini juga mencegah luka pada puting susu dan infeksi pada payudara. Hal ini tidak boleh dilupakan yaitu mencuci tangan dengan sabun sebelum menyentuh puting susunya, dan sebelum menyusui bayinya, sesudah buang air kecil, buang air besar, atau menyentuh sesuatu yang kotor. Ia juga harus membersihkan payudaranya dengan air bersih minimal satu kali sehari, tanpa mengoleskan krim, minyak, alkohol, atau sabun pada puting susunya. (Purwati, Eni 2012)
- 3) Mendampingi ibu pada waktu pertama kali memberi ASI. Posisi menyusui yang benar merupakan hal yang sangat penting. Tanda-tanda bayi telah berada pada posisi yang baik pada payudara, antara lain : seluruh tubuhnya berdekatan dan terarah pada ibu, mulut dan dagunya berdekatan dengan payudara, areola tidak dapat terlihat dengan jelas, ibu akan melihat bayi melakukan hisapan yang lamban dan dalam, serta menelan ASI-nya, bayi terlihat tenang dan senang, ibu tidak merasakan adanya nyeri pada puting susu, telinga dan lengan bayi berada pada satu garis lurus, kepala tidak menengadah. (Purwati, Eni 2012)
- 4) Menempatkan bayi di dekat ibunya (rawat gabung/*rooming in*). Hal ini bertujuan agar ibu dapat dengan mudah menyusui bayinya bila lapar. Ibu harus belajar mengenali tanda-tanda yang menunjukkan bayinya lapar. Bila ibu terpisah dari bayinya maka ia akan lebih lama belajar mengenali tanda-tanda tersebut. (Purwati, Eni 2012)
- 5) Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI pada bayi sesering mungkin. Biasanya bayi baru lahir ingin minum ASI setiap 2-3 jam

atau 10-12 kali dalam 24 jam. Bila bayi tidak minta diberikan ASI maka anjurkan ibu untuk memberikan ASI-nya setidaknya setiap 4 jam. Selama 2 hari pertama setelah lahir, biasanya bayi tidur panjang selama 6-8 jam. Namun demikian ASI tetap wajib diberikan dengan membangunkannya. Pada hari ketiga setelah lahir, umumnya bayi menyusu setiap 2-3 jam. (Purwati, Eni 2012)

6) Meyakinkan ibu agar hanya memberikan kolostrum dan ASI saja. Makanan selain ASI, termasuk air dapat membuat bayi sakit dan menurunkan persediaan ASI ibunya karena produksi ASI ibu tergantung pada seberapa banyak ASI dihisap oleh bayinya. Bila minuman lain diberikan, bayi tidak akan merasa lapar sehingga ia tidak akan menyusu. (Purwati, Eni 2012)

7) Hindari susu botol dan dot "empeng". Susu botol dan kempengan membuat bayi bingung dan dapat membuatnya menolak puting ibunya atau tidak menghisap dengan baik. Mekanisme menghisap botol atau kempengan berbeda dari mekanisme menghisap puting susu pada payudara ibu. Bila bayi diberi susu botol atau kempengan ia akan lebih susah belajar menghisap ASI ibunya. (Purwati, Eni 2012)

c. Manfaat pemberian ASI

1) Bagi bayi

Pemberian ASI dapat membantu bayi memulai kehidupannya dengan baik. Kolostrum atau susu pertama mengandung antibodi yang kuat untuk mencegah infeksi dan membuat bayi menjadi kuat. ASI mengandung campuran berbagai bahan makanan yang tepat bagi bayi, serta mudah dicerna. ASI tanpa tambahan makanan lain merupakan cara terbaik untuk memberi makan bayi dalam waktu 4-6 bulan pertama. Sesudah 6 bulan, beberapa bahan makanan lain dapat ditambahkan pada bayi. (Sulistyawati, Ari 2009)

2) Bagi ibu

Pemberian ASI membantu ibu untuk memulihkan diri dari proses persalinannya. Pemberian ASI selama beberapa hari pertama membuat rahim berkontraksi dengan cepat dan memperlambat perdarahan. Hisapan pada puting susu merangsang dikeluarkannya hormon oksitosin alami yang akan membantu kontraksi rahim. Ibu yang menyusui dan belum menstruasi akan kecil kemungkinannya untuk menjadi hamil walau tanpa KB karena kadar prolaktin yang tinggi akan menekan hormon FSH dan ovulasi. (Sulistyawati, Ari 2009)

3) Bagi semua orang

ASI selalu bersih dan bebas hama yang dapat menyebabkan infeksi, pemberian ASI tidak memerlukan persiapan khusus, ASI selalu tersedia dan gratis, bila ibu memberikan ASI pada bayinya sewaktu-waktu ketika bayinya meminta (*on demand*) maka kecil kemungkinannya bagi ibu untuk hamil dalam 6 bulan pertama sesudah melahirkan, ibu menyusui yang siklus menstruasinya belum pulih kembali akan memperoleh perlindungan sepenuhnya dari kemungkinan hamil. (Sulistyawati Ari 2009)

d. Tanda bayi cukup ASI

- 1) Bayi kencing setidaknya 6 kali sehari dan warnanya jernih sampai kuning muda
- 2) Bayi sering buang air besar berwarna kekuningan “berbiji”.
- 3) Bayi tampak puas, sewaktu-waktu merasa lapar, bangun, dan tidur cukup. Bayi setidaknya menyusui 10-12 kali dalam 24 jam
- 4) Payudara ibu terasa lebat dan kosong setiap kali selesai menyusui
- 5) Ibu dapat merasakan geli karena aliran ASI, setiap kali bayi mulai menyusu
- 6) Bayi bertambah berat badannya. (Eni, Purwati 2012)

e. ASI Eksklusif

Yang dimaksud dengan ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman pendamping (termasuk air jeruk, madu, air gula), yang dimulai sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 6 bulan. Pemberian ASI eksklusif ini tidak selamanya harus langsung dari payudara ibu. Ternyata ASI yang ditampung dari payudara ibu dan ditunda pemberiannya kepada bayi melalui metode penyimpanan yang benar relatif masih sama kualitasnya dengan ASI yang langsung dari payudara ibunya.

Komposisi ASI sampai 6 bulan sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi, meskipun tanpa tambahan makanan atau produk minuman pendamping. Kebijakan ini berdasarkan beberapa hasil penelitian (*evidence based*) yang menemukan bahwa pemberian makanan pendamping ASI justru akan menyebabkan pengurangan kapasitas lambung bayi dalam menampung asupan cairan ASI sehingga pemenuhan ASI yang seharusnya dapat maksimal telah tergantikan oleh makanan pendamping. (Sulistyawati Ari 2009).

f. Cara merawat payudara

- 1) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama bagian puting susu
- 2) Menggunakan BH yang menyokong payudara
- 3) Apabila puting susu lecet, oleskan kolostrum atau ASI yang keluar di sekitar puting setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting susu yang tidak lecet
- 4) Apabila lecet sangat berat, dapat diistirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminumkan menggunakan sendok.
- 5) Untuk menghilangkan nyeri, ibu dapat minum paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam

Apabila payudara bengkak akibat pembendungan ASI maka ibu dapat melakukan : pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit, urut payudara dari pangkal ke puting atau gunakan sisir untuk mengurut payudara dengan arah “Z” menuju

puting, keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak, susukan bayi setiap 2-3 jam. Apabila bayi tidak dapat mengisap seluruh ASI, sisanya keluarkan dengan tangan, letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui. (Sulistyawati Ari 2009)

g. Cara menyusui yang baik dan benar

1) Posisi ibu dan bayi yang baik dan benar

a) Berbaring miring

Ini posisi yang baik untuk pemberian ASI yang pertama kali atau bila ibu merasakan lelah atau nyeri. Ini biasanya dilakukan pada ibu menyusui yang melahirkan melalui operasi sesar. Yang harus diwaspadai dari teknik ini adalah pertahankan jalan napas bayi agar tidak tertutup oleh payudara ibu. Oleh karena itu, ibu harus selalu didampingi oleh orang lain ketika menyusui. (Eni, Purwanti 2012)

b) Duduk

Untuk posisi menyusui dengan duduk, ibu dapat memilih beberapa posisi tangan dan bayi paling nyaman yaitu posisi tangan memegang bola, posisi tangan memegang double bola, posisi madonna, posisi tangan transisi/*cross cradle*, posisi *crisscross hold*. (Eni, Purwanti 2012)

2) Proses perlekatan bayi dengan ibu

Untuk mendapatkan perlekatan yang maksimal, penting untuk memberikan topangan/sandaran pada punggung ibu dalam posisinya tegak lurus terhadap pangkuannya. Ini mungkin dapat dilakukan dengan duduk bersila di atas tempat tidur, di lantai, atau di kursi.

Dengan posisi berbaring miring atau duduk (punggung dan kaki ditopang), akan membantu bentuk payudaranya dan memberikan ruang untuk menggerakkan bayinya ke posisi yang baik. Badan

bayi harus dihadapkan ke arah badan ibu dan mulutnya berada di hadapan puting susu ibu. Leher bayi harus sedikit ditengadahkan. Bayi sebaiknya ditopang pada bahunya sehingga posisi kepala agak tengadah dapat dipertahankan. Kepala dapat ditopang dengan jari-jari yang terentang atau pada lekukan siku ibunya. Mungkin akan membantu dengan membungkus bayi sehingga tangannya berada di sisi badan. Bila mulut bayi disentuh dengan lembut ke puting susu ibunya maka ia akan membuka mulutnya lebar-lebar (*refleks rooting*). Pada saat mulut bayi terbuka, gerakkan dengan cepat ke arah payudara ibu.

Sasarannya adalah memposisikan bibir bawah paling sedikit 1,5 cm dari pangkal puting susu. Bayi harus mengulum sebagian besar dari areola di dalam mulutnya, bukan hanya ujung puting susunya saja. Hal ini akan memungkinkan bayi menarik sebagian dari jaringan payudara masuk ke dalam mulutnya dengan lidah dan rahang bawah. Puting susu akan masuk sampai sejauh langit-langit lunak dan bersentuhan dengan langit-langit tersebut. Sentuhan ini akan merangsang refleks penghisapan. Rahang bawah bayi menutup pada jaringan payudara, pengisapan akan terjadi, dan puting susu ditangkap dengan baik dalam rongga mulut, sementara lidah memberikan penekanan yang berulang-ulang secara teratur sehingga ASI akan keluar dari *duktus lactiferous*.

Tanda-tanda perlekatan yang benar, antara lain : tampak areola masuk sebanyak mungkin, areola bagian atas lebih banyak terlihat, mulut terbuka lebar, bibir atas dan bawah terputar keluar, dagu bayi menempel pada payudara, gunduk ASI termasuk dalam jaringan yang masuk, jaringan payudara merenggang sehingga membentuk “dot” yang panjang, puting susu sekitar sepertiga sampai seperempat bagian “dot” saja, bayi menyusui pada payudara bukan puting susu, lidah bayi terjulur melalui gusi

bawah (di bawah gunduk ASI), melingkari “dot” jaringan payudara. (Sulistyawati, Ari 2009)

h. Masalah dalam pemberian ASI

1) Pada Masa Antenatal

Puting susu yang tidak menonjol/datar sebenarnya tidak selalu menjadi masalah. Secara umum, ibu tetap masih dapat menyusui bayinya dan upaya selama antenatal umumnya kurang menguntungkan, seperti memanipulasi puting dengan prasang hofman, menarik-narik puting, atau penggunaan *breast shield* dan *breast shell*. Yang paling efisien untuk memperbaiki keadaan ini adalah isapan langsung bayi yang kuat. Dalam hal ini, sebaiknya ibu tidak melakukan apa-apa, tunggu saja sampai bayi lahir. Segera setelah bayi lahir, ibu dapat melakukan : *skin to skin contact* dan biarkan bayi mengisap sedini mungkin, biarkan bayi “mencari” puting susu, kemudian mengisapnya. Bila perlu, coba berbagai posisi untuk mendapatkan keadaan puting yang paling menguntungkan, apabila puting benar-benar tidak muncul, dapat ditarik dengan pompa puting susu (*nipple puller*), atau yang paling sederhana dengan modifikasi *sprit injeksi* 10 ml. Bagian ujung dekat jarum dipotong dan kemudian pendorong dimasukkan dari arah potongan tersebut. Cara penggunaan pompa puting susu modifikasi ini adalah dengan menempelkan ujung pompa pada payudara sehingga puting berada didalam pompa, kemudian tarik perlahan sehingga terasa ada tahanan dan dipertahankan selama 30 detik sampai 1 menit. Bila terasa sakit, tarikan dikendorkan. Prosedur ini diulang terus hingga beberapa kali dalam sehari. Jika tetap mengalami kesulitan, usahakan agar bayi tetap disusui dengan sedikit penekanan pada *areola mammae* dengan jari hingga terbentuk “dot” ketika memasukkan puting susu ke dalam mulut bayi. Bila terlalu penuh, ASI dapat diperas terlebih dahulu dan

diberikan dengan sendok atau cangkir, atau teteskan langsung ke mulut bayi. Bila perlu, lakukan ini hingga 1-2 minggu.

2) Pada masa setelah persalinan dini. (Sulistyawati, Ari 2009)

a) Puting susu lecet

Pada keadaan ini, seorang ibu sering menghentikan proses menyusui karena putingnya sakit. Dalam hal ini, yang perlu dilakukan oleh ibu adalah mengecek bagaimana perlekatan ibu dan bayi, serta mengecek apakah terdapat infeksi *candida* (di mulut bayi). Jika gejala berikut ditemui maka berikan *nistatin*. Biasanya, kulit akan merah, berkilat, kadang gatal, terasa sakit yang menetap, dan kulit kering bersisik.

Saat puting susu dalam keadaan lecet dan kadang luka, ibu dapat terus memberikan ASI pada bagian luka yang tidak begitu sakit, mengoles puting susu dengan ASI akhir, jangan sekali-kali memberikan obat lain, seperti krim, salep, dan lain-lain. Mengistirahatkan puting susu yang sakit untuk sementara waktu, kurang lebih 1x24 jam dan biasanya akan sembuh sendiri dalam waktu sekitar 2x24 jam. Selama puting susu diistirahatkan, sebaiknya ASI tetap dikeluarkan dengan tangan dan tidak dianjurkan dengan alat pompa karena akan nyeri. Kemudian berikan ASI kepada bayi dengan menggunakan sendok atau pipet. Cuci payudara sekali saja dalam sehari dan tidak dibenarkan menggunakan sabun.

b) Payudara bengkak

Sebelumnya, perlu membedakan antara payudara penuh karena berisi ASI dengan payudara bengkak. Pada payudara penuh, gejala yang dirasakan pasien adalah rasa berat pada payudara, panas, dan keras, sedangkan pada payudara bengkak, akan terlihat payudara *oedema*, pasien merasakan sakit, puting susu kencang, kulit mengkilat walau tidak merah, ASI tidak akan keluar bila diperiksa atau diisap, dan badan demam setelah 24

jam. Hal ini dapat terjadi karena beberapa hal, antara lain produksi ASI meningkat, terlambat menyusukan dini, perlekatan kurang baik, kurang sering mengeluarkan ASI, atau karena ada pembatasan waktu menyusui. Untuk mencegah supaya hal ini tidak terjadi, perlu dilakukan beberapa hal, seperti menyusui dini, perlekatan yang baik, dan menyusui *on demand*. Bayi harus lebih sering disusui. Apabila terlalu tegang atau bayi tidak dapat menyusu, sebaiknya ASI dikeluarkan dahulu agar ketegangan menurun.

c) Abses payudara (*mastitis*)

Mastitis adalah peradangan pada payudara. Ada 2 jenis mastitis, yaitu *non-infective mastitis* (hanya karena pembendungan ASI) dan *infective mastitis* (telah terinfeksi bakteri). Lecet pada puting dan trauma pada kulit juga dapat mengundang infeksi bakteri. Gejala yang ditemukan adalah payudara menjadi merah, bengkak, kadang disertai rasa nyeri dan panas, serta suhu tubuh meningkat. Di bagian dalam terasa ada massa padat (*lump*), dan di bagian luarnya, kulit menjadi merah. Keadaan tersebut dapat disebabkan beberapa hal, antara lain : kurangnya ASI yang dikeluarkan atau diisap, pengisapan yang tidak efektif, kebiasaan menekan payudara dengan jari atau karena tekanan baju, pengeluaran ASI yang kurang baik pada payudara yang besar, terutama pada bagian bawah payudara yang menggantung.

Beberapa tindakan yang dapat dilakukan antara lain : kompres hangat/panas dan lakukan pemijatan, rangsang oksitosin dengan pemijatan punggung dan kompres, pemberian antibiotik *flucloxacillin* atau *erythromycin* selama 7 – 10 hari. Bila perlu, istirahat total dan konsumsi obat untuk menghilangkan rasa nyeri. Kalau sudah terjadi abses,

sebaiknya payudara yang sakit tidak boleh disusukan karena mungkin akan memerlukan tindakan bedah.

3) Pada masa setelah persalinan lanjut

a) Sindrom ASI kurang

Pada kenyataannya, ASI tidak benar-benar kurang. Tanda-tanda yang “mungkin saja” ASI benar-benar kurang yaitu bayi tidak puas setiap kali menyusui, menyusui dengan waktu yang sangat lama, atau terkadang lebih cepat menyusui. Bayi sering menangis atau menolak jika disusui. Tinja bayi keras, kering, atau berwarna hijau. Payudara tidak membesar selama kehamilan (keadaan yang jarang) atau ASI tidak “ada” setelah bayi lahir.

Tanda bahwa ASI benar-benar kurang antara lain berat badan bayi meningkat kurang dari rata-rata 500 gram per bulan. Berat badan setelah lahir dalam waktu 2 minggu belum kembali. Ngompol rata-rata kurang dari 6 kali dalam 24 jam. Cairan urine pekat, bau, dan berwarna kuning.

b) Ibu yang bekerja

Seringkali alasan pekerjaan membuat seorang ibu merasa kesulitan untuk memberikan ASI secara eksklusif. Banyak diantaranya disebabkan karena ketidaktahuan dan kurangnya minat untuk menyusui bayinya. Sebenarnya ada beberapa cara yang dapat dianjurkan pada ibu menyusui yang bekerja, antara lain : susuilah bayi sebelum ibu berangkat bekerja, keluarkan ASI dengan cara diperas, kemudian simpan untuk persediaan yang di rumah selama ibu bekerja, keluarkan ASI dengan cara diperas, kemudian disimpan untuk persediaan di rumah selama ibu bekerja, pada saat ibu di rumah, sesering mungkin bayi disusui, dan ganti jadwal menyusunya sehingga banyak menyusui di malam hari, tingkatkan keterampilan mengeluarkan ASI dan mengubah jadwal menyusui sebaiknya telah

dipraktikkan sebulan sebelum ibu mulai kembali bekerja setelah cuti, minum dan makan makanan yang bergizi dan cukup selama bekerja dan menyusui bayinya.

4) Masalah menyusui pada keadaan khusus

Yang termasuk dalam “keadaan khusus” adalah ibu yang melahirkan dengan bedah sesar, ibu yang menderita AIDS (HIV+), dan ibu yang menderita hepatitis B.

a) Ibu yang melahirkan dengan bedah sesar

Pada ibu yang mengalami bedah dengan pembiusan umum, tidak mungkin dapat segera menyusui bayinya karena ibu belum sadar akibat pengaruh obat biusnya. Jika ibu sudah sadar maka secepatnya bayi disusukan dengan bantuan tenaga medis. (Sulistyawati, Ari 2009)

b) Ibu yang menderita AIDS (HIV+)

AIDS pada anak-anak muncul bersama-sama dengan AIDS pada orang dewasa. Pada orang dewasa, penularan umumnya melalui 3 cara, yaitu hubungan seksual dengan penderita, penularan parenteral melalui transfusi darah, dan jarum suntik yang dipakai bersama-sama dengan penderita, sedangkan bagi perinatal, ibu yang menularkan kepada bayinya. Pada anak AIDS mempunyai hubungan yang spesifik dengan faktor-faktor resiko tertentu, seperti ibu yang kecanduan obat atau narkotik suntikan, anak yang dilahirkan dari ibu yang menderita AIDS, anak yang mendapat transfusi dari donor penderita. (Sulistyawati, Ari 2009)

Dugaan faktor menyusui sebagai risiko penderita AIDS bagi bayi atau dimulai dari adanya laporan dari adanya laporan dari beberapa negara, seperti Rwanda, Australia, Prancis, Amerika Serikat, dan Zaire tentang ibu yang mendapat transfusi setelah persalinan karena berbagai sebab. Ternyata, bayinya terinfeksi oleh HIV. Berdasarkan laporan inilah,

kemudian diduga ASI dapat menjadi media penularan HIV, bahkan ada laporan juga bahwa HIV dapat diisolasi dari ASI. (Sulistyawati, Ari 2009)

c) Ibu yang menderita hepatitis B

Sampai saat ini, pandangan mengenai boleh tidaknya seorang ibu dengan hepatitis B menyusui anaknya didasarkan atas pertimbangan yang serupa dengan AIDS. Menurut *Americans Academy of Pediatrics*, seorang ibu dengan HbsAg+ dapat menyusui bayinya setelah bayinya diberi imunisasi hepatitis B.

5) Masalah menyusui pada bayi

a) Bayi sering menangis

Ada beberapa hal yang perlu ibu perhatikan bila bayinya menangis : alasan bayi menangis, apakah karena laktasi belum berjalan baik atau karena sebab lain, misalnya mengompol, sakit, merasa jemu, ingin digendong, atau ingin disayang. Keadaan ini merupakan hal biasa dan ibu tidak perlu terlalu cemas karena kecemasan ibu dapat mengganggu proses laktasi itu sendiri. Akibatnya produksi ASI akan berkurang. Hal ini dapat diatasi dengan mengganti posisi bayi, misalnya posisi tengkurap sambil ditepuk-tepuk pantatnya dengan lembut. Mungkin bayi belum puas menyusu karena posisi tidak benar saat menyusu, yang akibatnya ASI tidak sempurna keluarnya. Bayi menangis mempunyai maksud untuk menarik perhatian, terutama kepada ibu karena sesuatu hal. Oleh karena itu janganlah membiarkan bayi menangis terlalu lama, di samping akan membuat ibu menjadi kesal, juga akan mengganggu proses laktasi. (Sulistyawati, Ari 2009)

b) Bayi bingung putting

Bingung puting (*nipple confusion*) adalah suatu keadaan yang terjadi karena bayi mendapat susu formula dalam botol berganti-

ganti dengan menyusui pada ibu. Peristiwa ini terjadi karena mekanisme menyusu dengan dot berbeda dengan menyusu pada ibu.

c) Bayi prematur dan bayi kecil (berat badan rendah)

Bayi kecil, prematur, atau bayi dengan berat badan lahir rendah mempunyai masalah untuk menyusu karena refleks isapnya lemah. Oleh karena itu, bayi kecil harus cepat dan lebih sering dilatih menyusu. Berikan ASI sesering mungkin, walaupun waktu menyusunya pendek-pendek. Untuk merangsang isapan bayi, sentuhlah langit-langit mulut bayi dengan menggunakan jari tangan ibu yang bersih. Bila bayi masih dirawat di RS, seringlah dijenguk sambil diberi sentuhan penuh kasih sayang atau bila mungkin susuilah secara langsung. (Sulistyawati, Ari 2009)

d) Bayi kuning (*ikterik*)

Kuning dini terjadi pada bayi usia antara 2-10 hari. Bayi kuning lebih sering terjadi dan lebih berat kasusnya pada bayi-bayi yang tidak mendapat cukup ASI. Warna kuning disebabkan kadar *bilirubin* yang tinggi dalam darah, yang dapat terlihat pada kulit dan sklera. Untuk mencegah agar warna kuning tidak lebih berat, bayi jelas membutuhkan lebih banyak ASI. Dalam hal ini yang harus dilakukan adalah segera memberikan ASI setelah bayi lahir, susui bayi sesering mungkin dan tanpa dibatasi, bayi yang mendapat ASI dikeluarkan, sebaiknya diberi tambahan 20% ASI (donor).

e) Bayi kembar

Mula-mula, ibu dapat menyusui seorang demi seorang, tetapi sebenarnya ibu dapat menyusui sekaligus berdua. Salah satu posisi yang mudah adalah memegang bola. Jika ibu menyusui bersama-sama, bayi haruslah menyusu pada payudara secara bergantian, jangan menetap hanya di satu payudara saja.

f) Bayi sakit

Sebagian kecil bayi yang sakit dengan indikasi khusus, tidak diperbolehkan mendapatkan makanan per oral, tetapi jika kondisi sudah memungkinkan, sebaiknya sesegera mungkin ASI diberikan. Untuk penyakit-penyakit tertentu, justru ASI diperbanyak, misalnya pada kasus diare, pneumonia, TBC, dan lain-lain.

g) Bayi sumbing dan celah langit-langit (*pallatum*)

Bila sumbing pada langit-langit lunak (*pallatum molle*) atau sumbing pada langit-langit keras (*pallatum durum*), bayi dengan posisi tertentu masih tetap dapat menyusui. Cara menyusui yang dianjurkan yaitu posisi bayi duduk, puting dan areola dipegang selagi menyusui. Hal tersebut sangat membantu bayi untuk mendapatkan cukup ASI. Ibu jari ibu dapat dipakai sebagai penyumbat celah pada bibir bayi. Bila bayi mempunyai sumbing pada bibir dan langit-langit, ASI dikeluarkan dengan cara manual atau dengan pompa, kemudian berikan dengan sendok, pipet, atau botol dengan dot yang panjang sehingga ASI dapat masuk dengan sempurna.

h) Bayi dengan lidah pendek (*lingual frenulum*)

Bayi dengan kondisi ini akan sukar melaksanakan laktasi dengan sempurna karena lidah tidak sanggup “memegang” puting dan areola dengan baik. Ibu dapat membantu dengan menahan kedua bibir bayi segera setelah bayi dapat menangkap puting dan areola dengan benar. Pertahankan kedudukan kedua bibir bayi agar posisi tidak berubah-ubah.

E. Keluarga Berencana

1. Pengertian keluarga berencana

Keluarga berencana merupakan suatu program pemerintahan yang dirancang untuk menyeimbangkan antara kebutuhan dan jumlah penduduk. Program keluarga berencana oleh pemerintah adalah agar

keluarga sebagai unit terkecil kehidupan bangsa diharapkan menerima norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera (NKKBS) yang berorientasi pada pertumbuhan yang seimbang. Perencanaan jumlah keluarga dengan pembatasan yang bisa dilakukan dengan menggunakan alat – alat kontrasepsi.

Dalam pemilihan metode atau alat kontrasepsi ini ada beberapa fase yang akan di jadikan sasaran yaitu

a. Fase menunda/ mencegah kehamilan

Usia wanita < 20 tahun dan di prioritaskan penggunaan KB pil,IUD, KB sederhana, implan dan suntikan.

b. Fase menjarangkan Kehamilan

Usia wanita 20- 35 tahun dan di prioritaskan penggunaan KB IUD, suntikan, minipil, pil, implan, dan KB sederhana

c. Fase tidak hamil lagi

Usia wanita > 35 tahun di prioritaskan penggunaan KB steril, IUD, implan, suntikan, KB sederhana, pil

KB pasca salin meliputi

1. AKDR

a. Pengertian

AKDR adalah suatu alat atau benda yang dimaksudkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversible dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif.

AKDR atau IUD atau spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormon dan masukkan ke dalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang (Handayani, 2011).

b. Cara kerja

1) Mekanisme kerja AKDR sampai saat ini belum diketahui secara pasti, ada yang berpendapat bahwa AKDR sebagai benda asing yang menimbulkan reaksi radang setempat, dengan serbuan leukosit yang dapat melarutkan blastosis atau sperma.

- 2) Sifat-sifat dari cairan uterus mengalami perubahan-perubahan pada pemakaian AKDR yang menyebabkan blastokista tidak dapat hidup dalam uterus.
- 3) Produksi lokal prostaglandin yang meningkat, yang menyebabkan sering adanya kontraksi uterus pada pemakaian AKDR yang dapat menghalangi nidasi.
- 4) AKDR yang mengeluarkan hormon akan mengentalkan lendir serviks sehingga menghalangi pergerakan sperma untuk dapat melewati cavum uteri.
- 5) Pergerakan ovum yang bertahan cepat di dalam tuba falopi.
- 6) Sebagai metode biasa (yang dipasang sebelum hubungan seksual terjadi) AKDR mengubah transportasi tuba dalam rahim dan mempengaruhi sel telur dan sperma sehingga pembuahan tidak terjadi.

c. Keuntungan

AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan. Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380 A dan tidak perlu diganti). Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat. Tidak mempengaruhi hubungan seksual. Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil. Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380 A). Tidak mempengaruhi kualitas ASI. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi). Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir). Tidak ada interaksi dengan obat-obat. Membantu mencegah kehamilan ektopik (Handayani, 2011).

d. Kerugian

Perubahan siklus haid (umumnya pada 8 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan). Haid lebih lama dan banyak. Perdarahan (spotting) antar menstruasi. Saat haid lebih sakit. Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. Tidak baik digunakan pada

perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan. Penyakit radang panggul terjadi. Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR. Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari. Klien tidak dapat melepaskan AKDR oleh dirinya sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang harus melakukannya. Mungkin AKDR keluar lagi dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang sesudah melahirkan). Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal. Perempuan harus memeriksa posisi benang dari waktu ke waktu, untuk melakukan ini perempuan harus bisa memasukkan jarinya ke dalam vagina. Segian perempuan ini tidak mau melakukannya (Handayani, 2011).

e. Efek samping

Amenore, kejang, perdarahan pervaginam yang hebat dan tidak teratur, benang yang hilang pastikan adanya kehamilan atau tidak, adanya pengeluaran cairan dari vagina atau dicurigai adanya penyakit radang panggul

f. Penanganan efek samping

1) Amenore

Periksa apakah sedang hamil, apabila tidak jangan lepas AKDR, lakukan konseling dan selidiki penyebab amenorea apabila diketahui. Apabila hamil, jelaskan dan sarankan untuk melepas AKDR bila talinya terlihat dan kehamilan kurang dari 13 minggu. Apabila benang tidak terlihat, atau kehamilan lebih dari 13 minggu, AKDR jangan dilepas. Apabila klien sedang hamil dan ingin mempertahankan kehamilannya tanpa melepas AKDR jelaskan ada resiko kemungkinan terjadinya kegagalan kehamilan dan infeksi serta perkembangan kehamilan harus lebih diamati dan diperhatikan.

2) Kejang

Pastikan dan tegaskan adanya PRP dan penyebab lain dari kekejangan. Tanggulasi penyebabnya apabila ditemukan. Apabila tidak ditemukan penyebabnya beri analgetik untuk sedikit meringankan. Apabila klien mengalami kejang yang berat, lepaskan AKDR dan bantu klien menentukan metode kontrasepsi yang lain.

3) Perdarahan pervaginam yang hebat dan tidak teratur

Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik. Apabila tidak ada kelainan patologis, perdarahan berkelanjutan serta perdarahan hebat, lakukan konseling dan pemantauan. Beri ibuprofen (800 mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan).

4) Benang yang hilang pastikan adanya kehamilan atau tidak

Tanyakan apakah AKDR terlepas. Apabila tidak hamil dan AKDR tidak terlepas, berikan kondom, periksa talinya didalam saluran endoserviks dan kavum uteri (apabila memungkinkan adanya peralatan dan tenaga terlatih) setelah masa haid berikutnya. Apabila tidak hamil dan AKDR yang hilang tidak ditemukan, pasanglah AKDR baru atau bantulah klien menentukan metode lain.

5) Adanya pengeluaran cairan dari vagina atau dicurigai adanya penyakit radang panggul

Pastikan pemeriksaan untuk infeksi menular seksual. Lepaskan AKDR apabila ditemukan menderita atau sangat dicurigai menderita Gonorrhea atau infeksi Chlamidia, lakukan pengobatan yang memadai (Handayani, 2011).

2. Implan

a. Pengertian

Salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas.

b. Cara Kerja : menghambat Ovulasi, perubahan lendir serviks menjadi kental dan sedikit, menghambat perkembangan siklus dari endometrium.

c. Keuntungan

Cocok untuk wanita yang tidak boleh menggunakan obat yang mengandung estrogen. Dapat digunakan untuk jangka waktu panjang 3 tahun dan bersifat reversibel. Efek kontraseptif segera berakhir setelah implantnya dikeluarkan. Perdarahan terjadi lebih ringan, tidak menaikkan darah. Resiko terjadinya kehamilan ektopik lebih kecil jika dibandingkan dengan pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim.

d. Kerugian

Susuk KB / Implant harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih, lebih mahal, sering timbul perubahan pola haid, akseptor tidak dapat menghentikan implant sekehendaknya sendiri, beberapa orang wanita mungkin segan untuk menggunakannya karena kurang mengenalnya.

e. Efek Samping

Amenorrhea, perdarahan bercak (spotting) ringan, penambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan), ekspulsi, infeksi pada daerah insersi

f. Penanganan Efek Samping

1) Amenorrhea

Yakinkan ibu bahwa hal itu adalah biasa, bukan merupakan efek samping yang serius. Evaluasi untuk mengetahui apakah ada kehamilan, terutama jika terjadi amenorrhea setelah masa

siklus haid teratur. Jika tidak ditemukan masalah, jangan berupaya untuk merangsang perdarahan dengan kontrasepsi oral kombinasi.

2) Perdarahan bercak (spotting) ringan.

Spotting sering ditemukan terutama pada tahun pertama penggunaan. Bila tidak ada masalah dan klien tidak hamil, tidak diperlukan tindakan apapun. Bila klien mengeluh dapat diberikan :

- (a) Kontrasepsi oral kombinasi (30-50 µg EE) selama 1 siklus
- (b) Ibuprofen (hingga 800 mg 3 kali sehari x 5 hari)

Terangkan pada klien bahwa akan terjadi perdarahan setelah pil kombinasi habis. Bila terjadi perdarahan lebih banyak dari biasa, berikan 2 tablet pil kombinasi selama 3-7 hari dan dilanjutkan dengan satu siklus pil kombinasi.

3) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan)

Informasikan bahwa kenaikan / penurunan BB sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan BB terlalu mencolok. Bila BB berlebihan hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi yang lain.

4) Ekspulsi

Cabut kapsul yang ekspulsi, periksa apakah kapsul yang lain masih di tempat, dan apakah terdapat tanda-tanda infeksi daerah insersi. Bila tidak ada infeksi dan kapsul lain masih berada pada tempatnya, pasang kapsul baru 1 buah pada tempat insersi yang berbeda. Bila ada infeksi cabut seluruh kapsul yang ada dan pasang kapsul baru pada lengan yang lain atau ganti cara.

5) Infeksi pada daerah insersi

Bila infeksi tanpa nanah bersihkan dengan sabun dan air atau antiseptik, berikan antibiotik yang sesuai untuk 7 hari. Implant jangan dilepas dan minta klien kontrol 1 mg lagi. Bila tidak

membaik, cabut implant dan pasang yang baru di lengan yang lain atau ganti cara. Bila ada abses bersihkan dengan antiseptik, insisi dan alirkan pus keluar, cabut implant, lakukan perawatan luka, beri antibiotika oral 7 hari.

3. Pil

a. Pil Oral Kombinasi

1) Pengertian

Pil kombinasi merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesterone.

2) Cara Kerja: menekan ovulasi, mencegah implantasi, mengentalkan lendir serviks, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu.

3) Keuntungan

Tidak mengganggu hubungan seksual, siklus haid menjadi teratur, (mencegah anemia), dapat digunakan sebagai metode jangka panjang, dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause, mudah dihentikan setiap saat, kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan, membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, acne, dan dismenorhea.

4) Kerugian

Mahal dan membosankan karena digunakan setiap hari, mual, 3 bulan pertama, perdarahan bercak atau perdarahan pada 3 bulan pertama, pusing, nyeri payudara, kenaikan berat badan, tidak mencegah PMS, tidak boleh untuk ibu yang menyusui, dapat meningkatkan tekanan darah sehingga resiko stroke.

5) Efek Samping

Amenorhea, mual, pusing dan muntah, perdarahan Pervaginam

6) Penanganan Efek Samping

a) Amenorhea

Penanganan : periksa dalam atau tes kehamilan, bila tidak hamil dan klien minum pil dengan benar, tenanglah. Berilah konseling bahwa tidak datang haid kemungkinan besar karena kurang adekuatnya efek estrogen terhadap endometrium. Tidak perlu pengobatan khusus, coba berikan pil dengan dosis estrogen 50 ig, atau dosis estrogen tetap, tatapi dosis progestin dikurangi. Bila klien hamil intra uterin, hentikan pil dan yakinkan pasien bahwa pil yang diminumnya tidak mempunyai efek pada janin.

b) Mual, Pusing dan Muntah

Penanganan : lakukan test kehamilan, atau pemeriksaan ginekologik. Bila tidak hamil, sarankan minum pil saat makan malam, atau sebelum tidur.

c) Perdarahan Pervaginam

Penanganan: tes kehamilan, atau pemeriksaan ginekologik. Sarankan minum pil pada waktu yang sama. Jelaskan bahwa perdarahan atau spotting hal yang biasa terjadi pada 3 bulan pertama. Bila perdarahan atau spotting tetap saja terjadi, ganti pil dengan dosis estrogen lebih tinggi (50 ig) sampai perdarahan teratasi, lalu kembali ke dosis awal. Bila perdarahan timbul lagi, lanjutkan lagi dengan dosis 50 ig, atau ganti dengan metode kontrasepsi lain.

2) Pil Progestin

1) Pengertian

Pil progestin merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormone sintetis progesteron.

2) Cara Kerja

Menghambat ovulasi, mencegah implantasi, memperlambat transport gamet atau ovum. Luteolysis. Mengentalkan lendir serviks.

3) Keuntungan

- a) Keuntungan kontraseptif: Sangat efektif bila digunakan secara benar, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI, segera bisa kembali ke kondisi kesuburan bila dihentikan, tidak mengandung estrogen
- b) Keuntungan non kontraseptif: Bisa mengurangi kram haid, bisa mengurangi perdarahan haid, bisa memperbaiki kondisi anemia, memberi perlindungan terhadap kanker endometrial, mengurangi keganasan penyakit payudara, mengurangi kehamilan ektopik, memberi perlindungan terhadap beberapa penyebab PID.

4) Kerugian

Menyebabkan perubahan dalam pola perdarahan haid. Sedikit pertambahan atau pengurangan berat badan bisa terjadi. Bergantung pada pemakai (memerlukan motivasi terus menerus dan pemakaian setiap hari). Harus dimakan pada waktu yang sama setiap hari. Kebiasaan lupa akan menyebabkan kegagalan metoda. Berinteraksi dengan obat lain, contoh : obat-obat epilepsi dan tuberculosis.

5) Efek Samping

Amenorrhea , Spotting dan Perubahan Berat Badan

6) Penanganan Efek Samping

(1) Amenorrhea

Singkirkan kehamilan dan jika hamil lakukan konseling. Bila tidak hamil sampaikan bahwa darah tidak terkumpul di rahim.

(2) Spotting

Jelaskan merupakan hal biasa tapi juga bisa berlanjut, jika berlanjut maka anjurkan ganti cara.

(3) Perubahan Berat Badan

Informasikan bahwa perubahan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan berat badan mencolok / berlebihan hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain (Handayani, 2011).

4. Suntik

a. Suntikan Kombinasi

1) Pengertian

Suntikan kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesterone.

2) Mekanisme Kerja

Menekan Ovulasi, menghambat transportasi gamet oleh tuba, mempertebal mukus serviks (mencegah penetrasi sperma), mengganggu pertumbuhan endometrium, sehingga menyulitkan proses implantasi.

3) Keuntungan / Manfaat

- a) Keuntungan Kontrasepsi yaitu : tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, klien tidak perlu menyimpan obat, resiko terhadap kesehatan kecil, efek samping sangat kecil, jangka panjang.
- b) Keuntungan Non Kontrasepsi yaitu mengurangi jumlah perdarahan sehingga mengurangi anemia, mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium, dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause, mencegah kanker ovarium dan kanker endometrium, melindungi klien dari penyakit radang panggul, mencegah kanker ovarium dan endometrium, mencegah kehamilan ektopik, mengurangi nyeri haid.

4) Kerugian

- a) Perubahan pola haid : tidak teratur, perdarahan bercak, perdarahan bisa sampai 10 hari.

- b) Pada awal pemakaian klien akan mual, pusing, nyeri payudara dan keluhan ini akan menghilang setelah suntikan kedua atau ketiga.
- c) Ketergantungan klien pada pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan.
- d) Efektivitas turun jika interaksi dengan obat, epilepsi (fenitoin, barbiturat) dan rifampisin.
- e) Dapat terjadi efek samping yang serius, stroke, serangan jantung dan thrombosis paru.
- f) Terlambatnya pemulihan kesuburan setelah berhenti.
- g) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual
- h) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- i) Penambahan berat badan.

5) Efek Samping

Amenorhea, mual / pusing / muntah dan spotting

6) Penangana Efek Samping

a) Amenorhea

Singkirkan kehamilan dan jika hamil lakukan konseling. Bila tidak hamil sampaikan bahwa darah tidak terkumpul di rahim.

b) Mual / Pusing / Muntah

Pastikan tidak hamil. Informasikan hal tersebut bisa terjadi jika hamil lakukan konseling / rujuk.

c) Spotting

Jelaskan merupakan hal biasa tapi juga bisa berlanjut dan jika berlanjut maka anjurkan ganti cara.

b. Suntikan Progestin / Progestin-Only Injectable (PICs)

1) Pengertian.

Suntikan progestin merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesteron.

2) Mekanisme Kerja

Menekan ovulasi. Lendir serviks menjadi kental dan sedikit, sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa. Membuat endometrium menjadi kurang baik / layak untuk implantasi dari ovum yang sudah dibuahi. Mungkin mempengaruhi kecepatan transpor ovum di dalam tuba fallopi.

3) Keuntungan / Manfaat

a) Manfaat Kontraseptif

Sangat efektif (0.3 kehamilan per 1000 wanita selama tahun pertama penggunaan). Cepat efektif (<24 jam) jika dimulai pada hari ke 7 dari siklus haid. Metode jangka waktu menengah (Intermediate-term) perlindungan untuk 2 atau 3 bulan per satu kali injeksi. Pemeriksaan panggul tidak diperlukan untuk memulai pemakaian. Tidak mengganggu hubungan seks. Tidak mempengaruhi pemberian ASI. Bisa diberikan oleh petugas non-medis yang sudah terlatih. Tidak mengandung estrogen.

b) Manfaat Non Kontraseptif

Mengurangi kehamilan ektopik, bisa mengurangi nyeri haid, bisa mengurangi perdarahan haid. bisa memperbaiki anemia. Melindungi terhadap kanker endometrium. Mengurangi penyakit payudara ganas. Memberi perlindungan terhadap beberapa penyebab PID (Penyakit Inflamasi Pelvik)

4) Kerugian / Keterbatasan

- a) Perubahan dalam pola perdarahan haid, perdarahan / bercak tak beraturan awal pada sebagian besar wanita.
- b) Penambahan berat badan (2 kg)

- c) Meskipun kehamilan tidak mungkin, namun jika terjadi, lebih besar kemungkinannya berupa ektopik dibanding pada wanita bukan pemakai.
- d) Harus kembali lagi untuk ulangan injeksi setiap 3 bulan (DMPA) atau 2 bulan (NET-EN).
- e) Pemulihan kesuburan bisa tertunda selama 7-9 bulan (secara rata-rata) setelah penghentian.

5) Efek Samping

Amenorrhea, perdarahan Hebat atau Tidak Teratur, penambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan)

6) Penanganan Efek Samping

a) Amenorrhea

Yakinkan ibu bahwa hal itu adalah biasa, bukan merupakan efek samping yang serius. Evaluasi untuk mengetahui apakah ada kehamilan, terutama jika terjadi amenorrhea setelah masa siklus haid yang teratur. Jika tidak ditemui masalah, jangan berupaya untuk merangsang perdarahan dengan kontrasepsi oral kombinasi.

b) Perdarahan Hebat atau Tidak Teratur

Spotting yang berkepanjangan (>8 hari) atau perdarahan sedang :Yakinkan dan pastikan. Periksa apakah ada masalah ginekologis (misalnya servitis). Pengobatan jangka pendek seperti Kontrasepsi oral kombinasi (30-50 µg EE) selama 1 siklus, Ibuprofen (hingga 800 mg 3 kali sehari x 5 hari). Perdarahan yang dua kali sebanyak atau dua kali lama perdarahan normal : Tinjau riwayat perdarahan secara cermat dan periksa hemoglobin (jika ada). Periksa apakah ada masalah ginekologi. Jika perdarahan tidak berkurang dalam 3-5 hari, berikan :

- (1) Dua (2) pil kontrasepsi oral kombinasi per hari selama sisa siklusnya kemudian 1 pil perhari dari kemasan pil yang baru
- (2) Estrogen dosis tinggi (50 µg EE COC, atau 1.25 mg yang disatukan dengan estrogen) selama 14-21 hari.
- (3) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan)
- c) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan)

Informasikan bahwa kenaikan/penurunan BB sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan BB terlalu mencolok. Bila BB berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi yang lain (Handayani, 2011).

5. KB pasca salin

Metode Amenorhea Laktasi

a. Pengertian

Metode Amenorhea Laktasi adalah: kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun

b. Keuntungan MAL

Keuntungan kontrasepsi: segera efektif, tidak mengganggu senggaman, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, tanpa biaya

Keuntungan non-kontrasepsi. Untuk bayi : mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI), sumber asupan gisi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai. Untuk Ibu : mengurangi perdarahan pasca persalinan,

mengurangi resiko anemia, meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi

c. Kerugian/kekurangan/keterbatasan

Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan. Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial. Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS

d. Indikasi MAL

Ibu menyusui secara eksklusif. Bayi berumur kurang dari 6 bulan. Ibu belum mendapatkan haid sejak melahirkan

e. Kontraindikasi MAL

Sudah mendapat haid sejak setelah bersalin. Tidak menyusui secara eksklusif. Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan. Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam akibatnya tidak lagi efektif sebagai metode kontrasepsi

6. Sterilisasi

a. Mantap Pria/Vasektomi/Medis Operatif Pria (MOP)

1) Pengertian

Kontrasepsi Mantap Pria/Vasektomi/Medis Operatif Pria (MOP) adalah suatu metode kontrasepsi operatif minor pada pria yang sangat aman, sederhana dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang singkat dan tidak memerlukan anestesi umum.

2) Dasar

Oklusi vas deferens, sehingga menghambat perjalanan spermatozoa dan tidak didapatkan spermatozoa di dalam semen/ejakulasi (tidak ada penghantaran spermatozoa dari testis ke penis).

3) Efektivitas

- a) Angka keberhasilan amat tinggi (99%), angka kegagalan 0-2.2%, umumnya < 1%)

- b) Kegagalan kontak pria umumnya disebabkan oleh :
senggama yang tidak terlindung sebelum semen/ejakulat bebas sama sekali dari spermatozoa.Rekanalisasi spontan dari vas deferens, umumnya terjadi setelah pembentukan granuloma spermatozoa.Pemotongan dan oklusi struktur jaringan lain selama operasi.Jarang : duplikasi congenital dari vas deferens (terdapat > 1 vas deferens pada satu sisi).
- c) Vasektomi dianggap gagal bila pada analisis sperma setelah 3 bulan pasca-vasektomi atau setelah 10-12 kali ejakulasi masih dijumpai vasektomi. Dijumpai spermatozoa setelah sebelumnya azoosperma.Istri hamil

4) Kontra Indikasi

Infeksi kulit lokal, misalnya scabies.Infeksi traktus genitalia.Kelainan skrotum dan sekitarnya varicocele, hydrocele besar, filariasis, hernia inguinalis, orchiopexy, luka parut bekas luka operasi hernia, skrotum yang sangat tebal.Penyakit sistemik: penyakit-penyakit perdarahan, diabetes melitus, penyakit jantung koroner yang baru.Riwayat perkawinan, psikologis atau seksual yang tidak stabil.

5) Keuntungan

Efektif, kemungkinan gagal tidak ada karena dapat di check kepastian di laboratorium.Aman, morbiditas rendah dan tidak ada mortalitas.Cepat, hanya memerlukan 5-10 menit dan pasien tidak perlu dirawat di RS.Menyenangkan bagi akseptor karena memerlukan anestesi lokal saja.Tidak mengganggu hubungan seksual selanjutnya.Biaya rendah. Secara kultural, sangat dianjurkan di negara-negara dimana wanita merasa malu untuk ditangani oleh dokter pria atau kurang tersedia dokter wanita dan para medis wanita.

6) Kerugian

Harus dengan tindakan operatif. Kemungkinan ada komplikasi seperti perdarahan dan infeksi. Tidak seperti sterilisasi wanita yang langsung menghasilkan steril permanen, pada vasektomi masih harus menunggu beberapa hari, minggu atau bulan sampai sel mani menjadi negatif. Tidak dapat dilakukan pada orang yang masih ingin mempunyai anak lagi. Pada orang-orang yang mempunyai problem-psikologis yang mempengaruhi seks, dapat menjadikan keadaan semakin parah.

b. Kontrasepsi Mantap pada Wanita/tubektomi/sterilisasi

1) Pengertian

Kontrasepsi Mantap pada Wanita/tubektomi/sterilisasi adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur yang mengakibatkan orang atau pasangan yang bersangkutan tidak akan mendapat keturunan lagi.

2) Indikasi

Wanita pada usia > 26 tahun, wanita dengan paritas > 2 , wanita yang yakin telah mempunyai besar keluarga yang dikehendaki, wanita yang pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius, wanita pasca persalinan, wanita pasca keguguran, wanita yang paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.

3) Kontra Indikasi

Wanita yang hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai), wanita dengan perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, wanita dengan infeksi sistemik atau pelvik yang akut, wanita yang tidak boleh menjalani proses pembedahan, wanita yang kurang pasti mengenai keinginan fertilitas di masa depan, wanita yang belum memberikan persetujuan tertulis.

4) Macam-macam kontap

a) Penyinaran

Merupakan tindakan penutupan yang dilakukan pada kedua tuba falopi wanita yang mengakibatkan yang bersagkutan tidak hamil atau tidak menyebabkan kehamilan lagi.

- (1) Keuntungan : kerusakan tuba falopi terbatas, mordibitas rendah, dapt dikerjakan dengan laparaskopi, hiteroskopi.
- (2) Kerugian: memrlukan alat-alat yang mahal, memerlukan latihan khusus, belum tentukan standarlisasi prosedur ini, potensi reversibel belum diketahui.

b) Operatif

Dapat dilakukan dengan cara :

(1) Abdominal

Laparatomi: Sudah tidak digunakan karena diperlikan insisi yang panjang. Kontrasepsi ini diperlukan bila cara kontap yang lain gagal atau timbul komplikasi sehingga memerlukan insisi yang lebih besar.

Mini-Laparatomi : Laparatomi khusus untuk tubektomi yang paling mudah dilakukan 1-2 hari pasca persalinan. Efektivitas : angka kegagalan 0-2,7 kehamilan per 100 wanita. Keuntungan: aman, mudah, wanita yang baru melahirkan umumnya mempunyai motifasi tinggi untuk mencegah mendapatkan lebih banyak anak. Kerugian : resiko komplikasi (kesalahan, kegagalan teknis), perdarahan serta resiko infeksi.

Laparaskopi : Mula-mula dipasang kunam serviks pada bibir depan porsio uteri, dengan maksud supaya dapat menggerakkan uterus jika hal tersebut diperlukan saat laparaskopi. Syarat dibuat dibawah pusat sepanjang lebih dari 1 cm. Keuntungan : cepat, insisi

kecil, kurang menyebabkan sakit jika dibandingkan mini laparatomi. Kerugiannya : resiko terjadi komplikasi, lebih sukar dipelajari, memerlukan keahlian bedah, harga peralatan mahal.

(2) Vaginal

Kolpotomi

Sering dipakai adalah kolpotomi posterior. Insisi dilakukan di dinding vagina transversal 3-5 cm, cavum douglas yang terletak antara dinding depan rektum dan dinding belakang uterus dibuka melalui vagina untuk sampai di tuba. Efektifitas angka kegagalan 0-5,2%. Keuntungan : bisa dilakukan rawat jalan , hanya perlu waktu 5-15 menit, rasa sakit post operatif lebih kecil dibanding cara kontap lainnya, alat sederhana dan murah.

Kuldoskopi

Rongga pelvis dapat dilihat melalui alat kuldoskop yang dimasukkan kedalam cavum douglas. Angka kegagalan 0-2%. Keuntungan : tidak meninggalkan bekas, dapat dikerjakan dengan rawat jalan, peralatan sederhana, murah, waktu operasi cepat. Kerugian : posisi akseptor mungkin kurang menyenangkan baginya.

(3) Transcervikal

Histeroskopi

Suatu vakum cervical adaptor untuk mencegah keluarnya gas saat dilatasi serviks/kavum uteri. Efektifitas angka kegagalan 11-48%. Keuntungan : tidak perlu insisi, dapat dengan rawat jalan. Kerugian : resiko perforasi uretus, angka kegagalan tinggi, sering timbul, kesulitan teknis dalam mencari orificium tubae, kadang tidak efkyif. Tanpa melihat langsung pada cara ini operator tidak melihat langsung ke cavum uteri untuk

melokalisir orificium tubae. Penyumbatan tuba secara mekanis Tubal clip penyumbatan tuba mekanis dipasang pada isthmus tuba falopi, 2-3 cm dari uterus.

Penyumbatan tuba kimiawi Zat-zat kimia dalam cair, pasta, padat dimasukkan kedalam melalui serviks ke dalam uteri-tubal junction, dapat dengan visualisasi langsung ataupun tidak. Keuntungan : mudah mengerjakannya, dapat dirawat jalan. Kerugian : kebanyakan zat kimia kurang efektif, ada zat kimia yang sangat toksik kadang dapat merusak jaringan, ireversibel (Handayani, 2011).

5) Efek samping MOW

a) Perubahan-perubahan hormonal

Efek kontap wanita pada umpan balik hormonal antara kelenjar hypofise dan kelenjar gonad ditemukan kadar FSH, LH, testosteron dan estrogen tetap normal setelah melakukan kontap wanita.

b) Pola haid

Pola haid abnormal setelah menggunakan kontap merupakan tanda dari “post tubal ligation syndrome”

c) Problem psikologis

Dinegara maju wanita (usia < 30 tahun) yang menjalankan kontap tidak terasa puas dibandingkan wanita usia lebih tua dan minta dipulihkan.

7. KB sederhana

a. Metode Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

1) Metode Alamiah

a) Metode Kalender/Metode Ritmik (OGIO-KNAUSS)

(1) Pengertian

Metode kalender adalah metode yang digunakan berdasarkan masa subur dimana harus menghindari

hubungan seksual tanpa perlindungan kontrasepsi pada hari ke 8-19 siklus menstruasinya.

(2) Keuntungan Metode Kalender

Keuntungan kontrasepsi : dapat digunakan untuk mencegah atau mendapatkan kehamilan, tanpa resiko kesehatan yang berkaitan dengan metodenya, tanpa efek samping sistemik dan murah

Keuntungan Non-Kontrasepsi: pengetahuan meningkat tentang sistem reproduksi, hindari persetubuhan selama fase kesuburan dari siklus haid dimana kemungkinan hamil sangat besar, kemungkinan hubungan lebih dekat diantara pasangan , keterlibatan pihak laki-laki meningkat dalam perencanaan keluarga, keterbatasan/Kekurangan Metode Kalender, diperlukan banyak pelatihan untuk bisa menggunakannya dengan benar, memerlukan pemberi asuhan (non-medis) yang sudah terlatih, memerlukan penahanan nafsu selama fase kesuburan untuk menghindari kehamilan.

b) Metode Suhu Basal Badan (THERMAL)

(1) Pengertian

Metode suhu basal tubuh mendeteksi kapan ovulasi terjadi. Keadaan ini dapat terjadi karena progesterone, yang dihasilkan oleh korpus luteum, menyebabkan peningkatan suhu basal tubuh. Sebelum perubahan suhu basal tubuh dipertimbangkan sebagai masa ovulasi, suhu tubuh terjadi peningkatan sedikitnya $0,4^{\circ}\text{F}$ ($0,2 - 0,5^{\circ}\text{C}$) di atas 6 kali perubahan suhu sebelumnya yang diukur.

(2) Keuntungan Metode Suhu Basal

Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasangan terhadap masa subur, membantu wanita yang

mengalami siklus tidak teratur dengan cara mendeteksi ovulasi, dapat membantu menunjukkan perubahan tubuh lain selain lendir serviks, berada dalam kendali wanita, dapat digunakan untuk mencegah atau meningkatkan kehamilan.

(3) Kekurangan Metode Suhu Basal

Membutuhkan motivasi, perlu diajarkan oleh spesialis keluarga berencana alami, suhu tubuh basal dipengaruhi oleh penyakit, kurang tidur, stress/tekanan emosional, alkohol, penggunaan sedatifa, imunisasi, iklim dan gangguan saluran cerna, apabila suhu tubuh tidak diukur pada sekitar waktu yang sama setiap hari ini akan menyebabkan ketidakakuratan suhu tubuh basal, tidak mendeteksi permulaan masa subur sehingga mempersulit untuk mencapai kehamilan, membutuhkan masa pantang yang panjang/lama, karena ini hanya mendeteksi masa pasc ovulasi sehingga abstinensi sudah harus dilakukan pada masa pre ovulasi.

c) Metode Lendir Cervic (Metode Ovulasi Billings/MOB)

(1) Pengertian

Metode kontrasepsi dengan menghubungkan pengawasan terhadap perubahan lendir serviks wanita yang dapat dideteksi di vulva.

(2) Keuntungan Metode Lendir Serviks

Dalam kendali wanita, memberikan kesempatan pada pasangan menyetuh tubuhnya, meningkatkan kesadaran terhadap perubahan pada tubuh, memperkirakan lendir yang subur sehingga memungkinkan kehamilan, dapat digunakan mencegah kehamilan.

(3) Kerugian/Kekurangan Metode Lendir Serviks

Membutuhkan komitmen, perlu diajarkan oleh spesialis KB alami, dapat membutuhkan 2 – 3 siklus untuk mempelajari metode, infeksi vagina dapat menyulitkan identifikasi lendir yang subur, beberapa obat yang digunakan mengobati flu, dapat menghambat produksi lendir serviks, melibatkan sentuhan pada tubuh, yang tidak disukai beberapa wanita, membutuhkan pantangan

d) Metode sympto thermal

(1) Pengertian

Metode kontrasepsi yang dilakukan dengan mengamati perubahan lendir dan perubahan suhu basal tubuh

(2) Keuntungan

Untuk pasangan suami istri yang menginginkan kehamilan, metode ini dapat menentukan hari-hari subur sehingga senggaman dapat direncanakan pada saat-saat itu (disarankan untuk bersenggaman selang sehari mulai dari hari ke-9 sampai suhu basah badan mencapai kenaikan temperatur yang khas).Dapat digabungkan dengan metode-metode kontrasepsi lain misalnya : dengan metode barrier.

(3) Kontraindikasi

Siklus haid yang tidak teratur, riwayat siklus haid yang an-ovulatoir, kurve suhu badan yang tidak teratur

(4) Efek samping dan komplikasi

Efek samping dan komplikasi langsung tidak ada. Persoalan timbul bila terjadi kegagalan/kehamilan, karena ada data-data yang menunjukkan timbulnya kelainan-kelainan janin sehubungan denggan terjadinya

fertilisasi oleh spermatozoa dan ovum yang berumur tua/terlalu matang (*overaged/overripe*)

2) *Coitus Interruptus* (Senggama Terputus)

a) Pengertian

Metode kontrasepsi dimana senggama diakhiri sebelum terjadi ejakulasi intra-vagina. Ejakulasi terjadi jauh dari genitalia eksterna.

b) Keuntungan

Keuntungan Kontrasepsi: tidak mengganggu produksi ASI, dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya, tidak efek samping, dapat digunakan setiap waktu, tidak membutuhkan biaya

Keuntungan Non-kontrasepsi: meningkatkan keterlibatan suami dalam KB, untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam

c) Kerugian/keterbatasan

Kerugian metode *coitus interruptus* ini adalah memutus kenikmatan berhubungan seksual

d) Indikasi metode *coitus interruptus*

Dapat dipakai pada suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana, pasangan yang tidak memakai metode-metode lain, pasangan yang memerlukan metode kontrasepsi dengan segera, pasangan yang memerlukan metode kontrasepsi sementara, sambil menunggu metode yang lain, pasangan yang membutuhkan metode pendukung lain, pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur

e) Kontraindikasi

Ejakulasi premature pada pria. Suami yang sulit melakukan senggama terputus. Suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis. Suami sulit untuk

bekerjasama. Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi.

F. Standar Asuhan Kebidanan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no 983/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan

1. STANDAR I : Pengkajian

a. Pernyataan standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Kriteria pengkajian

- 1) Data tepat ,akurat dan lengkap
- 2) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya)
- 3) Data obyektif (Hasil pemeriksaan fisik, psikogis dan pemeriksaan penunjang)

2. STANDAR II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

a. Pernyataan standar

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat

b. Kriteria Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

3. STANDAR III : Perencanaan

a. Pernyataan standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan

b. Kriteria perencanaan

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif
- 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

4. STANDAR IV : Implementasi

- a. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

b. Kriteria implementasi

- 1) Memperhatikan keunikan manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privacy klien/pasien.
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

5. STANDAR V : Evaluasi

a. Pernyataan standar

Bidan melakukan evaluasi sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keektifan dari asuhan yang sudah di berikan ,sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

b. Kriteria evaluasi

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera di catat dan di komunikasikan pada klien dan keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- 4) Hasil evaluasi di tindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. STANDAR VI : Pencatatan asuhan kebidanan

a. Pernyataan standar

Melakukan pencatan secara lengkap, akurat, ingkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

b. Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)

- 1) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- 2) S adalah data subyektif , mencatat hasil anamnesa.
- 3) O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- 4) A adalah hasil analisis mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- 5) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipasif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

G. Kewenangan Bidan

Pelayanan kebidanan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 BAB III tentang Penyelenggaraan praktik bidan terutama pasal 9 dan 10 yaitu:

Pasal 9

Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:

1. Pelayanan kesehatan ibu;
2. Pelayanan kesehatan anak; dan
3. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pasal 10

1. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf a diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.
2. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi:
 - a. Pelayanan konseling pada masa pra hamil;
 - b. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal;
 - c. Pelayanan persalinan normal;
 - d. Pelayanan ibu nifas normal;
 - e. Pelayanan ibu menyusui; dan
 - f. Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan.
3. Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat 2 berwenang untuk:
 - a. Episiotomi;
 - b. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
 - c. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
 - d. Pemberian tablet Fe pada ibu hamil;
 - e. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;

- f. Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;
- g. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
- h. Penyuluhan dan konseling;
- i. Bimbingan pada kelompok ibu hamil;
- j. Pemberian surat keterangan kematian; dan
- k. Pemberian surat keterangan cuti bersalin.

H. Kerangka Pemikiran

Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*continuity of care*) adalah pemberian asuhan kebidanan sejak kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir hingga memutuskan menggunakan KB ini bertujuan sebagai upaya untuk membantu memantau dan mendeteksi adanya kemungkinan timbulnya komplikasi yang menyertai ibu dan bayi dari masa kehamilan sampai ibu menggunakan KB.

Menurut Sarwono (2006) Kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Pada kehamilan akan mengalami perubahan fisiologis seperti: sistem reproduksi, sistem payudara, sistem endokrin, sistem perkemihan, sistem pencernaan, sistem muskuloskeletal, sistem kardiovaskular, sistem integumen, sistem metabolisme, sistem berat badan dan indeks masa tubuh, sistem darah dan pembekuan darah, sistem persyarafan dan sistem pernapasan. Pada kehamilan juga akan mengalami perubahan psikologis seperti: kecemasan, ketegangan, merasa tidak feminim, takut dan tidak nyaman. Asuhan yang diberikan pada kehamilan adalah bersifat menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi/masalah klien, tapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien, apakah kebutuhan perlu konseling atau penyuluhan.

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi

belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2007). Adapun tahapan dalam persalinan:

Kala I: kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Asuhan yang diberikan pada kala I memantau kemajuan persalinan menggunakan partograf, memberi dukungan persalinan, pengurangan rasa sakit dan persiapan persalinan.

Kala II: dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multi-gravida (Marmi, 2012). Asuhan yang diberikan pada kala II melibatkan keluarga, dukungan psikologis, membantu ibu memilih posisi yang nyaman, melatih ibu cara meneran dan memberi nutrisi.

Kala III: dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Asuhan yang diberikan pada kala III pemberian oxytocin kemudian melahirkan plasenta.

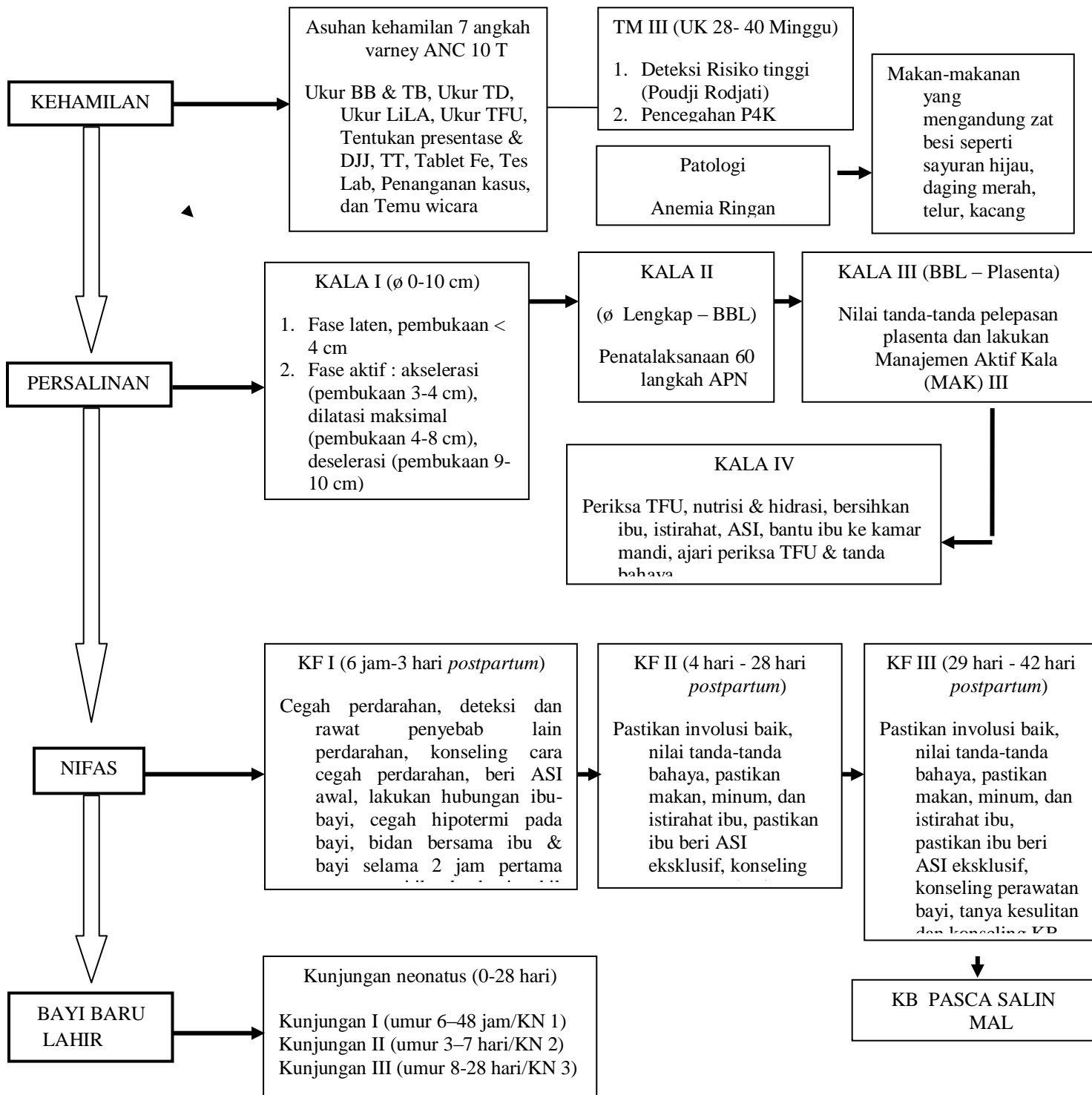
Kala IV: 2 jam pertama setelah persalinan. Asuhan yang diberikan pada kala IV memantau keadaan ibu seperti: tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital, kontraksi uterus dan perdarahan. (Marmi, 2012)

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulistyawati, 2009). Asuhan yang diberikan pada masa nifas adalah: memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, tidak ada perdarahan abnormal, menilai adanya tanda-tanda infeksi, memastikan ibu mendapat nutrisi dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik.

Menurut Wahyuni (2012) Bayi Baru Lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram. Asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir adalah mempertahankan suhu tubuh bayi, pemeriksaan fisik bayi, menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering, menjaga kebersihan bayi, pemeriksaan tanda bahaya pada bayi dan pastikan bayi mendapat ASI minimal 10-15 kali dalam 24 jam.

Fase menjarangkan kehamilan periode usia istri antara 20-35 tahun untuk mengatur jarak kehamilannya dengan pemilihan kontrasepsi IUD, suntikan, pil, implant, dan metode sederhana.

Gambar 2.1 Kerangka Pemikiran



BAB III

METODE PENULISAN

A. Jenis Laporan Kasus

Penelitian dengan judul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada NY.Y.D Di Puskesmas Danga Periode 10 Mei Sampai 25 Juni 2018” dilakukan dengan menggunakan metode studi penelaan kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal disini dapat berarti satu orang ibu yang diberikan asuhan sejak masa kehamilan hingga KB dengan penerapan asuhan kebidanan 7 langkah Varney pada pengkajian awal dan dengan menggunakan metode SOAP (subyektif, obyektif, analisis, penatalaksanaan).

Laporan Tugas Akhir Ini dilakukan dengan cara menganalisa suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal di sini dapat berarti satu orang. unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri. Meskipun didalam kasus ini yang diteliti hanya berbentuk unit tunggal, namun dianalisis secara mendalam, meliputi berbagai aspek yang cukup luas, serta penggunaan berbagai teknik secara intergratif (Notoatmodjo,2010).

B. Lokasi dan waktu

Lokasi studi kasus merupakan tempat, dimana pengambilan kasus dilakukan (Notoatmodjo,2010). Pada kasus ini tempat pengambilan kasus dilaksanakan di Puskesmas Danga. Waktu studi kasus merupakan batas waktu dimana pengambilan kasus diambil (Notoatmodjo,2010). Pelaksanaan studi kasus dilakukan pada tanggal 10 Mei Sampai 25 Juni 2018”.

C. Subyek Laporan kasus

Subyek laporan kasus merupakan halatau orang yang akan dikenai dalam kegiatan pengambilan kasus (Notoatmodjo,2010).

Subyek yang diambil pada kasus ini adalah ibu hamil trimester III di PuskesmasDanga.

D. Instrument

Instrument penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo,2010).

Instrumen yang digunakan dalam penelitian adalah pedoman observasi, wawancara dan studi dokumentasi dalam bentuk format asuhan kebidanan.

Alat dan bahan yang digunakan dalam laporan kasus ini adalah:

1. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi, pemeriksaan fisik, dan pertolongan persalinan yaitu: Tensimeter, Stetoskop, Timbangan berat badan, Termometer, jangka panggul, jam tangan, pita metlit, Doppler, Jelly, Tisu, partus set, heacting set, kapas DTT, kasasteril, alat pelindung diri (APD), handscoon air mengalir untuk cuci tangan, Sabun serta handuk kecil yang kering dan bersih.
2. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara adalah format asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir, KB dan pulpen.
3. Alat bahan yang digunakan untuk studi dokumentasi adalah catatan medic atau status pasien.

E. Teknik pengumpulan data:

1. Data primer

a) Observasi:

Observasi merupakan teknik pengumpulan data melalui suatu pengamatan dengan menggunakan panca indra maupun alat. Sesuai format asuhan kebidanan pada ibu hamil yang data obyektif meliputi: keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, pernapasan, dan nadi), penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, pengukuran lingkaran lengan atas, pemeriksaan fisik (wajah, mata, mulut, leher,

payudara, abdomen, ekstermitas), pemeriksaan kebidanan (palpasi uterus *Leopold* I – IV dan auskultasi denyut jantung janin). Serta pemeriksaan penunjang (pemeriksaan *hemoglobin*) (Notoatmodjo, 2012).

b) Wawancara

Wawancara adalah proses Tanya jawab yang dilakukan untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan akurat dari seseorang sasaran penelitian. Pada kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana. Wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara sesuai format asuhan kebidanan pada ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana yang berisi pengkajian meliputi: anamneses identitas, keluhan utama, riwayat menstruasi, riwayat penyakit dahulu dan riwayat psikososial. (Notoatmodjo, 2012)

Wawancara dilakukan pada ibu hamil trimester III, keluarga dan bidan.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh selain dari pemeriksaan fisik tetapi diperoleh dari keterangan keluarga sama lingkungannya, mempelajari status dan dokumentasi pasien, catatan dalam kebidanan dan studi (Notoatmodjo, 2010).

Data sekunder diperoleh dengan cara studi dokumentasi yang adalah bentuk sumber informasi yang berhubungan dengan dokumentasi baik dokumen resmi maupun dokumen tidak resmi, meliputi laporan, catatan-catatan dalam bentuk kartu klinik. Sedangkan dokumen resmi adalah segala bentuk dokumen di bawah tanggungjawab institusi tidak resmi seperti biografi, catatan harian (Notoatmodjo, 2010).

Dalam studi kasus ini, dokumentasi dilakukan dengan cara pengumpulan data yang diambil dari rekam medik di Puskesmas Danga dan buku kesehatan ibu dan anak.

F.Triangulasi Data

Triangulasi adalah teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah tersedia. Dalam triangulasi data ini penulis mengumpulkan data dari sumber data yang berbeda-beda yaitu dengan cara:

1. Observasi

Uji validitas dengan pemeriksaan fisik inspeksi (melihat), palpasi (meraba), auskultasi (mendengar), pemeriksaan dalam dan pemeriksaan penunjang.

2. Wawancara

Uji validitas data dengan wawancara pasien, keluarga (suami), dan bidan.

3. Studi Dokumentasi

Uji validitas data dengan menggunakan catatan medic dan arsip yang ada.

G.Alat dan Bahan

Alat dan bahan yang digunakan dalam laporan kasus ini adalah:

1. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi, pemeriksaan fisik, dan pertolongan persalinan yaitu: Tensimeter, Stetoskop, Timbangan beratbadan, Termometer, jangka panggul, jam tangan, pita metlit, Doppler, Jelly, Tisu, partus set, heating set, kapas DTT, kasasteril, alat pelindung diri (APD), handscoon air mengalir untuk cuci tangan, Sabun serta handuk kecil yang kering dan bersih.
2. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara adalah format asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir, KB dan pulpen.

3. Alatbahan yang digunakan untuk studi dokumentasi adalah catatan medic atau status pasien.

H. Etika Penelitian

Etika adalah peristiwa interaksi social dalam kehidupan sehari-hari yang berkaitan dengan falsafah moral, sopan santun, tata susila, budi pekerti. Penelitian kasus adalah penelitian yang dilaksanakan dengan metode ilmiah yang telah teruji validitas dan reliabilitas. Penelitian akan dibenarkan secara etis apabila penelitian dilakukan seperti 3 hal diatas. Dalam menuliskan laporan kasus juga memiliki masalah etik yang harus diatasi adalah *inform consent*, *anonymity* dan *confidentiality*.

1. *Informed Consent*

Informed consent adalah suatu proses yang menunjukkan komunikasi yang efektif antara bidan dengan pasien dan bertemunya pemikiran tentang apa yang dilakukan terhadap pasien (Pusdiklatnakes, 2013).

2. *Anonymity*

Sementara itu hak *anonymity* dan *confidentiality* didasari hak kerahasiaan. Subyek penelitian memiliki hak untuk ditulis atau tidak ditulis namanya atau anonym dan memiliki hak berasumsi bahwa data yang dikumpulkan akan dijaga kerahasiaanya. Laporan kasus yang akan dilakukan, penulis menggunakan hak *informed consent* serta hak *anonymity* dan *confidentiality* dalam penulisan studi kasus (Pusdiklatnakes, 2013).

3. *Confidentiality*

Sama halnya dengan *anonymity*, *confidentiality* adalah pencegahan bagi mereka yang tidak berkepentingan, yang ingin mengetahui secara umum data, hak dan kerahasiaan klien. Seseorang dapat mencapai informasi secara umum apabila telah disebutkan atau telah mendapat perijinan dari pihak yang

berkaitan. Manfaat *confidentiality* adalah menjaga kerahasiaan secara menyeluruh untuk menghargai hak-hak pasien (Pusdiklatnakes, 2013).

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas Danga terletak di Kelurahan Danga Kecamatan Aesesa Kabupaten Nagekeo. Puskesmas Danga merupakan salah satu Puskesmas Rawat Jalan dan Rawat Inap yang ada di Kabupaten Nagekeo, Batas wilayah kerja Puskesmas Danga sebagai berikut:

1. Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Nangaroro dan Wolowae
2. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Riung Kab. Ngada.
3. Sebelah Utara berbatasan dengan Laut Flores
4. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Aesesa Selatan

Puskesmas Danga menjalankan beberapa program diantaranya Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) seperti Ante Natal Care (ANC), Intra Natal Care (INC), Post Natal Care (PNC), Keluarga Berencana (KB), Imunisasi, P2M, Poli Umum, Farmasi, poli Bedah, TBC, MTBS, Gizi, Kesling, dan VCT. Dalam upaya pemberian pelayanan kepada masyarakat, selanjutnya dikembangkan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang terdiri dari 2 jenis posyandu yaitu posyandu balita dan posyandu lanjut Usia.

Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Danga yaitu, berstatus PNS: Bidan 30 orang, Perawat 40 orang, Dokter umum 4 orang, Dokter gigi 1 orang, Analis 3 orang, Sanitarian 3 orang, Nutrisi 2 orang, Kesehatan masyarakat 1 orang, Apoteker 1 orang, Perawat gigi 4 orang, D3 pengawas obat dan makanan 1 orang, Refraksionis optisi 1 orang, Teknik elektronik medik 1 orang, Pekaria kesehatan 1 orang,, non kesehatan 2 orang, dan berstatus tenaga sukarela: Bidan 56 orang, Perawat 33 orang, FKM 5 orang, perawat gigi 1 orang, Kesling 1 orang, Analis 7 orang, Farmasi 2 orang, Apoteker 1 orang, Nutrisianis 7 orang.

B. Tinjauan Kasus

Hari/ tanggal: Selasa, 10 Mei 2018

Jam: 10.00 WITA

Tempat: Puskesmas Danga

No. CM: 011260.20

1. Pengumpulan Data Dasar

a. Data Subyektif

1) Biodata

Nama: Ny. Y.D

Nama Suami: Tn. E. W

Umur: 29 tahun

Umur : 34 tahun

Suku/Bangsa: Flores/Indonesia

Suku/Bangsa: Flores/Indonesia

Agama : Katolik

Agama : Katolik

Pendidikan: SMA

Pendidikan: SMA

Pekerjaan: IRT

Pekerjaan: Tani

Penghasilan: -

Penghasilan: ≤ Rp. 1.000.000,-

Alamat rumah:

Alamat rumah: Danga

Danga Watukesu, RT 36,

Watukesu, RT 36,

No. Telp.081337843782

No.telp. 081337843782

2) Alasan kunjungan: Ibu mengatakan datang untuk memeriksakan kehamilannya yang kesembilan sesuai jadwal pemeriksaan

3) Keluhan Utama:Ibu mengatakan merasa sakit pada perut bagian bawah,dan perut terasa kencang.

4) Riwayat Haid :

Ibu mengatakan haid pertama kali umur 15 tahun, siklus haidnya 28 hari banyaknya ganti pembalut 2-3 kali dalam sehari, tidak merasakan nyeri yang hebat saat haid , lamanya haid 3-4 hari, darah yang keluar saat haid bersifat encer.

5) Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan status perkawinan sudah menikah sejak umur 24 tahun lamanya perkawinan 3 tahun.

6) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Tanggal lahir/umur	Usia kehamilan	Jenis persalinan	Tempat bersalin	Komplikasi		Nifas		Jenis kelamin
					Ibu	Bayi	Keadaan	ktasi	
1	23 Mei 2010	Aterm	Spontan	Puskesmas			Baik	Baik	Perempuan
2	07 April 2015	Aterm	Spontan	Puskesmas			Baik	Baik	Perempuan
	G3P2A0AH2								

7) Riwayat kehamilan sekarang

(1) HPHT: 08 – 08 – 2017

(2) ANC: Tanggal 10 Mei 2018

Ibu mengatakan pemeriksaan kehamilan pertama kali dilakukan pada usia kehamilan 12 minggu 2 hari di Puskesmas Danga, pemeriksaan kehamilan sudah dilakukan sebanyak 9 kali. Pergerakan anak pertama kali dirasakan ibu saat umur kehamilan 4 bulan. Keluhan yang pernah dialami ibu saat hamil adalah merasa mual muntah yang dirasakan pada saat pemeriksaan kehamilan yang pertama yakni pada umur kehamilan 12 minggu, sekarang keluhan tersebut sudah tidak dirasakan lagi. Keluhan saat ini: Ibu mengatakan merasa pusing dan perut terasa kencang sudah 2 hari yang lalu. Nasihat yang pernah diterima dari bidan diantaranya makan makanan bergizi, istirahat yang cukup, pemeriksaan kehamilan secara teratur, minum tablet tambah darah teratur tiap malam 1 tablet, dan persiapan persalinan. Therapi yang pernah didapat adalah tablet tambah darah sebanyak 90 tablet, vitamin c 90 tablet, dosisnya 1 tablet tiap malam sesudah makan, dan kalsium laktat 60 tablet, dosisnya 1 tablet tiap siang hari. Ibu mempunyai golongan darah O.

(3) Imunisasi TT 4: sudah mendapat imunisasi TT pada tanggal 2Nopember 2017. dan TT 4, di Puskesmas Danga.

8) Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan belum pernah mengikuti kontrasepsi apapun.

9) Riwayat Kesehatan Ibu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit seperti: jantung, hipertensi, hepatitis, penyakit jiwa, campak, varicella, malaria, IMS. Tidak pernah transfusi darah, tidak pernah menjalani operasi, tidak ada riwayat alergi obat, tidak pernah masuk RS, dan tidak pernah mengalami kecelakaan.

10) Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan

Ibu mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit kronis seperti: jantung, ginjal, diabetes melitus, dan asma; tidak ada yang menderita penyakit menular seperti: hepatitis, TBC, IMS; tidak ada keturunan kembar dari pihak ibu maupun suaminya.

11) Keadaan Psikososial

- a) Ibu mengatakan awalnya kehamilan ini direncanakan.
- b) Ibu mengatakan keluarga dan suami mendukung kehamilan saat ini dengan memberikan suport serta selalu mendampingi ibu setiap kali melakukan pemeriksaan kehamilan.
- c) Ibu mengatakan berencana melakukan persalinan di Puskesmas Dangadan ditolong oleh Bidan/ dokter.
- d) Ibu mengatakan melakukan pekerjaan rumah tangga yang dibantu oleh keluarga, dan mengurus anak.
- e) Ibu mengatakan anak laki – laki atau perempuan sama saja asalkan diberi kesehatan buat anaknya.
- f) Ibu mengatakan pengambilan keputusan dalam keluarga oleh suami.
- g) Perilaku kesehatan:
 - (1) Ibu mengatakan tidak pernah merokok, dalam keluarga tidak ada yang merokok.
 - (2) Ibu mengatakan tidak pernah mengonsumsi minuman seperti kopi, bir, dll.
 - (3) Ibu mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat terlarang seperti narkoba, dll.

(4) Ibu mengatakan tidak mengonsumsi kopi.

12) Riwayat Sosial dan Kultur

- a) Ibu mengatakan pengalaman dalam keluarganya selalu melahirkan di Puskesmas dan ditolong oleh bidan.
- b) Ibu mengatakan tidak ada pantangan makanan sebelum hamil dan selama hamil.
- c) Ibu mengatakan kepercayaan dalam keluarga setelah melahirkan mandi dan cebok menggunakan air hangat.
- d) Pola kebiasaan sehari – hari

Tabel 13 pola kebiasaan sehari-hari

	Sebelum Hamil	Selama Hamil
Pola nutrisi	Makan: Jenis makanan pokok: nasi Porsinya: 1 piring tiap kali makan. Frekuensi: 3 x/ hari. lauk pauk: sayuran (bayam, kangkung, sawi, wortel), lauk (tahu, tempe, ikan, telur). Minum susu: 3-4 kali seminggu (tidak rutin tiap hari) air putih: > 10 gelas / hari.	Makan: Jenis makanan pokok: nasi. porsinya: 1,5 piring tiap kali makan. Frekuensi: 3-4 x/ hari. lauk pauk: sayuran (kelor, ayam, kangkung, toge, s dan ubi, wortel), lauk tel ikan u, tempe, daging). minum susu: minum susu prenatal dan susu kedele selang-seling 1-2 gelas tiap hari sejak hamil 5 bulan. Air putih: > 10 gelas/ hari.
Pola Eliminasi	Buang air besar: Frekuensi: 1x/ hari Konsistensi: lunak Warna: kuning Buang air kecil: Frekuensi: 4-5 x/ hari Warna: kuning jernih Keluhan: tidak ada	Buang air besar: Frekuensi: 2 hari sekali Konsistensi: keras Warna: hitam Buang air kecil: Frekuensi: 6-7 x/ hari Warna: kuning jernih Keluhan: tidak ada
Pola Seksual	Frekuensi: 1 kali saja	Frekuensi: 1-2 x/ minggu Keluhan: tidak ada

Personal Hygiene	Mandi: 2x/ hari Keramas: 3x/ minggu Gosok gigi: 2x/ hari Ganti pakaian dalam 2x/hari ganti pakaian luar: 1x/ hari Kebersihan payudara: saat mandi dibersihkan menggunakan sabun mandi	Mandi: 2x/ hari Keramas: 3x/ minggu Gosok gigi: 2x/h ari ganti pakaian dalam: 3x/ hari Ganti pakaian luar: 1x/ hari Kebersihan payudara: saat mandi dibersihkan menggunakan sabun mandi
Pola Istirahat dan Tidur	Tidur siang: 1 jam/ hari Tidur malam: 8 jam/ hari	Tidur siang: 1 jam/ hari Tidur malam: 8 jam/ hari Keluhan: tidak ada
Pola Aktifitas	Melakukan pekerjaan rumah seperti memasak dan cuci pakaian dan mengurus anak.	Melakukan pekerjaan rumah seperti memasak, mengurus anak. Pekerjaan rumah dibantu oleh keluarga.

b. Data Obyektif

1) Tafsiran Persalinan: 15 - 05 - 2018

2) Pemeriksaan Fisik Umum

a) Keadaan umum: baik

b) Kesadaran: composmentis

c) Berat badan sebelum hamil 48 kg

d) Berat badan sekarang: 54kg

e) Tinggi badan: 148 cm

f) Bentuk tubuh: lordosis

g) Tanda-tanda vital: tekanan darah: 100/80 mmHg, nadi: 82kali/menit, suhu: 37°C, pernapasan: 18 kali/menit

h) Lila: 27 cm

3) Pemeriksaan Fisik Obstetrik

a) Kepala: bentuk simetris, rambut berwarna hitam, kulit kepala bersih, tidak ada pembengkakan.

b) Wajah: bentuk simetris, tidak ada pembengkakan pada daerah palpebra, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedema.

c) Mata: simetris, konjungtiva merah mudah, sclera berwarna putih.

- d) Hidung: bentuk simetris, tidak ada polip, tidak ada peradangan.
- e) Telinga: bentuk simetris, tidak ada serumen, bersih.
- f) Mulut dan gigi: bibir lembab, warna merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada karies gigi, gusi tidak berdarah.
- g) Leher: tidak ada pembesaran kelenjar limfedan kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis
- h) Dada: bentuk simetris, tidak ada tarikan dinding dada.

Payudara: bentuk simetris, puting susu menonjol, ada hiperpigmentasi pada areola mammae, sudah ada pengeluaran colostrum pada payudara kiri, payudara kanan belum ada pengeluaran colostrum, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri.

- i) Abdomen: membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada striae, ada linea nigra, tidak ada bekas luka operasi, kandung kemih kosong.

(1) Palpasi uterus

- (a) Leopold I: tinggi fundus uteri (TFU) 2 jari bawah prosesus xipioideus (28 cm), pada fundus teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.
- (b) Leopold II: bagian kanan perut ibu teraba datar, memanjang, keras (punggung kanan). Bagian kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin.
- (c) Leopold III: bagian bawah teraba bundar, keras dan melenting. Kepala sudah masuk pintu atas panggul.
- (d) Leopold IV: sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (convergent).

(2) Auskultasi bunyi jantung janin (DJJ):

- (a) Frekuensi: 12-11-12 (140x/ menit)/ fundus cop
- (b) Iramanya: teratur
- (c) Punctum maksimum: 2 jari bawah pusat, pada sisi kanan perut ibu, jumlah satu.

j) Ekstremitas

- (1) Ekstremitas atas: kuku tidak pucat, tidak oedema

(2) Ekstremitas bawah: tidak oedema, tidak ada varises, refleks patela kanan positif/ kiri positif, fungsi gerak normal.

4) Pemeriksaan penunjang

a) Darah

(1) Hb: 11 gram %

(2) HBsAg: negatif

b) Urine: tidak dilakukan

c) USG : tidak pernah USG

II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa/Masalah	Data Dasar
Ny.Y.D G3P2AOAH2 UK 39 minggu 2 Hari janin hidup, tunggal, Intra uteri, letak kepala, keadaan ibu dan janin baik.	DS : Ibu mengatakan hamil anak ke 3, belum pernah keguguran, hamil 9 bulan ibu merasakan gerakan janin 10 X / hari, HPHT : 08- 08-2017 DO : Tanggal kunjungan ANC : 10Mei 2018 TP : 15 - 05 – 2018 Keadaan Umum : Baik Kesadaran : Composmentis Bentuk Tubuh : Lordosis TTV : TD : 100/70 mmHg, N : 84X/Menit S : 37°C RR : 18X/Menit LILA : 27 cm BB : 54 kg TB : 148 cm

	<p>Pemeriksaan fisik</p> <p>Abdomen : membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada striae, ada linea nigra, tidak ada luka bekas operasi, kandung kemih kosong.</p> <p>a) palpasi uterus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Leopold I : TFU 2 jari dibawah prosesus xiphoideus (28 cm), pada fundus teraba lunak, keras, kurang bundar, dan kurang melenting. 2) Leopold II : bagian kanan perut ibu teraba datar, memanjang (punggung kanan), bagian kiri ibu teraba bagian-bagian kecil janin. 3) Leopold III : bagian bawah teraba bundar, keras, dan melentir. Kepala sudah masuk PAP. 4) Leopold IV : sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (Convergent) <p>b) Auskultasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Denyut jantung janin (DJJ) Frekuensi : 140X/menit Irama : Teratur Punctum maksimum : pada sisi perut bagian kanan
--	---

III. Antisipasi Masalah Potensial

Tidak Ada

IV. Tindakan Segera

Tidak Ada

V. Perencanaan

Diagnosa : Ny. Y. D G3P2A0AH2 UK 39 minggu 2 hari, janin tunggal hidup, intra uteri.

Tanggal : 10 Mei2018

Jam 10.00 WITA

1. Informasikan hasil pemeriksaan kepada klien

R/ informasi yang jelas tentang hasil pemeriksaan merupakan hak pasien sehingga ibu lebih kooperatif dalam menerima asuhan yang diberikan.

2. Informasikan ketidaknyamanan trimester tiga dan cara mengatasinya

R/ ibu mengetahui dan memahami serta dapat melakukan antisipasi dari ketidaknyamanan tersebut.

3. Anjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang

R/Makanan yang bergizi seimbang sangat penting untuk kesehatan dan dapat mencukupi kebutuhan energi ibu, serta dapat membantu pertumbuhan janin dalam kandungan serta persiapan untuk laktasi.

4. Beri suport pada ibu dan keluarga

R/Menimbulkan kesiapan dan kemampuan ibu untuk menerima kehadiran anggota keluarga baru.

5. Siapkan fisik dan mental ibu dalam menghadapi persalinan

R/ menimbulkan kesiapan dan kemampuan ibu dalam menghadapi proses persalinan dan kelahiran bayinya.

6. Jelaskan persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi

R/ memastikan ibu dan keluarga telah merencanakan persalinan yang aman dan persiapan untuk penanganan komplikasi

7. Informasikan tanda-tanda awal persalinan

R/ membantu ibu dan keluarga mengambil keputusan segera ke fasilitas kesehatan untuk mendapat pertolongan persalinan yang aman.

8. Informasikan tanda bahaya trimester tiga

R/ mendeteksi dini kemungkinan komplikasi yang terjadi

9. Anjurkan ibu untuk memeriksakan Hb.

R/mengidentifikasi adanya anemia. Anemia mengakibatkan kelelahan karena penurunan kapasitas pembawa O₂.

10. Beri ibu tablet tambah darah, vitamin c, dan kalsium laktat

R/ tablet tambah darah untuk membantu memenuhi kebutuhan tubuh akan zat besi, vitamin c membantu penyerapan zat besi, serta kalsium laktat untuk memenuhi kebutuhan bayi dalam proses pertumbuhan tulang dan gigi.

11. Jadwal kunjungan ulang

R/ memantau kesehatan ibu dan janin serta mendeteksi dini adanya kelainan atau komplikasi

12. Lakukan dokumentasi

R/ sebagai bahan evaluasi dalam memberikan asuhan selanjutnya dan sebagai bahan tanggung jawab dan tanggung gugat.

VI. Pelaksanaan

Tanggal: 10 Mei 2018

Jam: 10.10 WITA

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarganya bahwa keadaan ibu dan janinnya baik, tanda vital normal yaitu tekanan darah: 110/70 mmhg, suhu: 37⁰C, nadi: 82x/menit, pernapasan: 18 x/menit, hasil pemeriksaan fisik dalam batas normal, *Palpasi*: TFU 2 jari bawah prosesus xifoideus (28 cm), punggung kanan, letak kepala, kepala sudah masuk PAP, DJJ 148x/ menit (normal), usia kehamilan 39 minggu 1 hari.

2. Menginformasikan ketidaknyamanan trimester tiga yang dialami ibu dan cara mengatasinya seperti:

a) Sakit pinggang, disebabkan oleh uterus yang membesar dan jatuh kedepan dan perubahan titik berat tubuh yang tepatnya agak ke

belakang. Cara mengatasinya: posisi atau sikap tubuh yang baik selama melakukan aktifitas, hindari mengangkat barang berat, gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.

- b) Kram pada kaki/ betis, bisa terjadi karena kekurangan asupan kalsium, pembesaran uterus sehingga memberi tekanan pada pembuluh darah pelvik, dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah. Cara mengatasinya: latihan dorso fleksi pada kaki dengan cara menekan jari-jari kaki kearah lutut, serta minum susu.
 - c) Obstipasi, terjadi karena penurunan peristaltik usus besar karena pengaruh hormon progesteron dan efek samping penggunaan zat besi. Cara mengatasinya yaitu minum air putih minimal 8 gelas/ hari, segera buang air besar setelah ada dorongan, makan makanan berserat seperti sayuran dan buah-buahan, lakukan aktifitas jalan santai setiap pagi hari.
1. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang agar kebutuhan gizi ibu dan janin terpenuhi, seperti makan makanan yang mengandung karbohidrat (nasi, ubi, roti), tinggi protein (telur, susu, daging, ikan, kacang-kacangan), sayuran hijau, buah-buahan, minum air putih minimal 8 gelas perhari. Kurangi makanan yang terlalu asin (seperti ikan kering, kecap asin, garam).
 2. Memberi suport pada ibu dan keluarganya bahwa anak merupakan anugerah Tuhan Yang Maha Esa, sehingga harus menerima kehadirannya dengan ikhlas, dan sebagai orang tua mempunyai kewajiban untuk merawat sejak anak masih dalam kandungan dan mengasuhnya dengan penuh kasih sayang sehingga ia tumbuh menjadi anak yang mempunyai kepribadian yang baik.
 3. Menyiapkan fisik dan mental ibu dalam menghadapi persalinan dengan cara jalan-jalan santai di pagi hari, istirahat cukup yaitu istirahat siang minimal 1 jam, istirahat/ tidur malam minimal 8 jam, dan menjelaskan proses persalinan.

4. Menjelaskan tentang persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi, memberitahu ibu untuk mendiskusikan bersama keluarga tentang P4K yaitu: tafsiran persalinan ibu tanggal 06-05-2018, siapa yang akan menolong persalinan, tempat persalinan di mana (dianjurkan harus melahirkan di fasilitas kesehatan memadai seperti puskesmas/rumah sakit), siapa yang akan mendampingi ibu saat proses persalinan, menyiapkan transportasi untuk mengantar ibu ke fasilitas kesehatan bila sudah ada tanda persalinan, menyiapkan dana/uang serta kartu BPJS/KIS, menyiapkan calon pendonor darah minimal 2 orang yang memiliki golongan darah yang sama dengan ibu (golongan darah O).
5. Menginformasikan tanda-tanda awal persalinan seperti:
Sakit pinggang menjalar keperut bagian bawah secara teratur dan terus menerus, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, dan keluarnya air-air sekonyong-konyong atau banyak dari jalan lahir
6. Menginformasikan tanda bahaya trimester tiga yaitu: perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, pengelihan kabur, bengkak di wajah dan jari-jari tangan, keluar cairan pervaginam, janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya. Bila mengalami salah satu tanda bahaya tersebut ibu harus segera ke fasilitas kesehatan agar mendapat penanganan segera dan tepat.
7. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan Hbdi Puskesmas Danga.
8. Memberikan ibu tablet tambah darah dan vitamin c dengan dosis 2x1 tablet sesudah makan (tablet tiap pagi dan malam), dan kalsium laktat dengan dosisi 1x1 tablet setiap siang sesudah makan. Obat diminum menggunakan air putih, tidak boleh minum bersamaan dengan kopi, teh atau susu karena menghambat penyerapan zat besi.
9. Menginformasikan jadwal kunjungan ulang yakni pada tanggal 28 April2018 atau bila ada keluhan sebelum tanggal tersebut.

10. Melakukan pendokumentasian semua asuhan yang telah diberikan pada kartu ibu, buku KIA, dan register kohort ibu hamil.

VII. Evaluasi

Ibu tampak senang mendengar informasi tersebut, dan mampu mengulangi kembali beberapa cara mengatasi ketidaknyamanan seperti hindari mengangkat barang berat, menggunakan bantal saat tidur, minum susu, minum air putih minimal 8 gelas/hari, makan sayur dan buah-buahan, nasi, roti, daging, telur dan istirahat siang minimal 1 jam dan istirahat malam minimal 8 jam. Dan ibu bersedia meminum obat secara teratur sesuai dosisnya yakni 2 X 1 tablet tiap hari.

Ibu dan keluarga mengatakan menerima kehamilan ini sebagai anugerah Tuhan Yang Maha Esa, dan bersedia merawat dan mengasuh anaknya dengan penuh kasih sayang.

Ibu mampu mengulangi kembali tanda awal persalinan seperti sakit pinggang dan perut secara terus – menerus, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir. Dan tanda bahaya pada persalinan seperti sakit kepala hebat, pandangan kabur, bengkak di tangan dan muka, anak bergerak kurang. Apabila terjadi tanda – tanda persalinan atau tanda bahaya maka ibu bersedia untuk datang ke puskesmas.

Kunjungan Kehamilan I

Hari/tanggal: Sabtu, 12 Mei 2018

Jam: 10.00 WITA

Tempat: Rumah ibu

Subyektif :

1. Mengeluh sakit pada perut dan pinggang sesekali

Obyektif :

1. Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis
2. Tanda vital: tekanan darah: 100/80 mmhg, nadi: 84 kali/menit, suhu 36,8⁰C, pernapasan: 18 x/menit.
3. Muka: tidak oedema
4. Mata : conjungtiva merah mudah, sklera putih

5. Leher: tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, tidak ada bendungan pada vena jugularis
6. Payudara: puting susu kiri sudah ada pengeluaran kolostrum, puting susu kanan belum ada pengeluaran kolostrum.
7. Abdomen: tidak ada bekas luka operasi, uterus membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada kontraksi uterus
8. Palpasi:
 - Leopold I: TFU 2 jari bawah prosesus xipoides (28 cm), fundus teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting
 - Leopold II: bagian kanan perut ibu teraba datar, memanjang, dan keras seperti papan (punggung kanan). Bagian kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin.
 - Leopold III: bagian bawah teraba bundar, keras, dan melenting. Kepala sudah masuk pintu atas panggul.
 - Leopold IV: sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (convergent).
9. Auskultasi bunyi jantung janin (DJJ):
 - Frekuensi: 12-12-12 (144 x/ menit)/ fundus cop
 - Iramanya: teratur,
 - Punctum maksimum: 2 jari bawah pusat, pada sisi kanan perut ibu, jumlah satu.
10. Ekstremitas atas: tidak pucat, tidak oedema
11. Ekstremitas bawah: tidak oedema, tidak ada varises, fungsi gerak normal.

Assesment :

Diagnosa: Ny. Y.D. G3P2P0A0AH2 hamil 39 minggu 2 hari janin hidup tunggal letak kepala *intra uterin* keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik dengan kehamilan normal.

Planing :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya bahwa keadaan ibu dan janinnya baik, tanda vital normal yaitu tekanan darah 110/ 80 mmhg, suhu 36,8 °C, nadi 84x/ menit, pernapasan 18 x/ menit, puting susu

kiri sudah ada pengeluaran ASI, sedangkan puting susu kanan belum ada pengeluaran ASI, tidak ada kontraksi *uterus*. *Palpasi*: TFU 2 jari bawah *prosesus xiploideus* (28 cm), letak kepala, sudah masuk PAP, DJJ 140 x/ menit (normal), usia kehamilan 39 minggu 4 hari.

Ibu dan keluarga menerima informasi yang diberikan dan merasa lega karena keadaan ibu dan janinnya baik.

2. Menjelaskan ketidaknyamanan yang dirasakan ibu seperti sakit pinggang dan perut merupakan hal yang normal, hal ini disebabkan oleh kontraksinya otot *uterus* yang sering terjadi menjelang akhir kehamilan. Mengurangi ketidaknyamanan tersebut dengan cara: mandi menggunakan air hangat, teknik relaksasi dengan menarik napas lewat hidung dan menghembuskan lewat mulut secara perlahan-lahan, istirahat serta mengusap-usap punggung bila merasa sakit.

Ibu mengerti dan bersedia melakukan sesuai penjelasan.

3. Mengkaji ulang ibu dan keluarganya tentang persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi.

Ibu dan keluarga mengatakan sudah sepakat untuk melahirkan di puskesmas Danga, ditolong bidan, pendamping ibu kandung, transportasi menggunakan oto milik tetangga, dana sudah ada serta kartu SKTM, calon pendonor darah sudah ada 2 orang saudara kandung yang bergolongan darah O.

Pakaian ibu dan bayi serta perlengkapan lain yang dibutuhkan saat persalinan sudah disiapkan.

4. Menanyakan kembali ibu tentang tanda awal persalinan.

Ibu bisa mengulang kembali, seperti sakit perut dan pinggang semakin sering, kuat dan teratur, keluar lendir darah dari jalan lahir atau keluar cairan ketuban dari jalan lahir, bila sudah ada tanda tersebut harus segera ke puskesmas Danga.

5. Memantau ibu minum tablet Fe. seperti menanyakan pada suami dan keluarga apakah ibu minum tablet Fe secara rutin.
6. Melakukan pendokumentasian pada catatan asuhan kebidanan dalam bentuk SOAP.

Persalinan

Hari/ tanggal: Selasa, 15 Mei 2018 Jam: 11.00 WITA

Tempat: Ruang bersalin Puskesmas Danga

Oleh: Bidan, Rosdiana Ibrahim, Amd. Keb.

Mahasiswa: Tarsisia Yasinta Emburea

Subnyektif:

1. Keluhan: ibu mengatakan sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah hilang timbul sejak jam 03.00 WITA, keluar tanda berupa lendir darah lewat jalan lahir sejak jam 10.00 WITA, belum keluar air-air banyak dari jalan lahir, pergerakan janin terakhir dirasakan sekitar jam 09.45 WITA.
2. Status gizi: ibu mengatakan makan terakhir jam 09.00 WITA, jenisnya: nasi 1 porsi, ikan goreng 1 potong dan sayur bayam 1 mangkok, dan air putih 1 gelas.
3. Eliminasi: buang air besar terakhir jam 06.00 dan buang air kecil terakhir jam 10.00
4. Aktivitas sehari-hari: memasak dibantu oleh ibu kandungnya, akhir bulan ibu jalan-jalan santai tiap pagi dan sore hari.
5. Kebersihan: mandi, ganti pakaian, dan sikat gigi terakhir tadi pagi jam 06.00 WITA, keramas terakhir 1 hari yang lalu.

Obyektif:

1. Tafsiran persalinan: 15-05-2018
2. Pemeriksaan umm
 - a. Keadaan umum: baik
 - b. Status emosional: stabil
 - c. Kesadaran: composmentis
 - d. Tanda-tanda vital: tekanan darah: 100/60 mmhg, suhu: 37 °C, pernapasan 21x/ menit, nadi 80x/ menit
 - e. Berat badan terakhir (saat ANC): 54 kg
 - f. Tinggi badan 148 cm

g. Bentuk tubuh lordosis

3. Pemeriksaan fisik:

a. Wajah: tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum

b. Mata: konjungtiva merah muda, sklera putih.

c. Perut:

1) Inspeksi: membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada bekas luka operasi

2) Palpasi uterus:

Leopold 1: TFU 3 jari bawah prosesus xipioideus (28 cm), fundus teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.

Leopold II: Bagian kanan perut ibu teraba datar, keras dan memanjang seperti papan (punggung kanan) dan sisi perut ibu bagian kiri teraba bagian – bagian kecil janin

Leopold III: Bagian bawah perut ibu teraba keras, bundar dan melenting (kepala). Kepala janin sudah masuk pintu atas panggul.

Leopold IV: sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (convergent).

TBBJ: TFU (menurut Mc. Donald) – 11 x 155

$$28 - 11 \times 155 = 2635 \text{ gram}$$

3) Kontraksi uterus: jam 11.15 WITA, his lamanya 35 detik

Jam 11.45 WITA, his lamanya 35 detik

4) Auskultasi denyut jantung janin:

Frekuensi: 145 x/ menit (dopler)

Iramanya teratur

Punctum maksimum: 2 jari bawah pusat sebelah kanan perut ibu, jumlah satu.

d. Ektremitas bawah: bentuk normal, tidak ada varises, tidak ada oedema, fungsi gerak normal.

e. Pemeriksaan dalam oleh bidan, jam 11:15 WITA:

Vulva vagina: ada pengeluaran lendir campur darah, tidak ada varises, tidak ada kondiloma, portio tebal lunak, pembukaan 6 cm, selaput ketuban utuh, bagian terendah kepala, penurunan kepala hodge I.

Assesment: Ny. Y.D G3P2P0AOAH2 hamil 40 minggu janin hidup tunggal letak kepala intra uterin keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik inpartu kala I fase aktif.

Masalah: Nyeri pada pinggang

Planing:

1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik tanda vital normal: tekanan darah 100/70 MmHg, pernapasan: 21 x/menit, nadi: 80 x/menit, suhu: 36, ⁰ C, dan keadaan bayinya juga baik yang ditandai oleh denyut jantung janin dalam batas normal yaitu 145 x/menit dan gerakannya juga aktif, hasil pemeriksaan dalam: sudah ada tanda melahirkan yaitu sudah ada pengeluaran lendir darah, pembukaan jalan lahir 6 cm, ketuban masih utuh, letak kepala, sudah masuk pintu atas panggul.

Ibu dan keluarga merasa senang mendengar informasi tersebut.

2. Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan karena dengan gaya grafitasi bumi membantu mempercepat penurunan kepala janin dan terjadi kontraksi *uterus* yang teratur, jika ibu lelah ibu boleh tidur dengan posisi miring ke kiri.

Ibu bersedia untuk tidur miring kiri di puskesmas Danga.

3. Mengajarkan ibu teknik relaksasi yaitu menarik nafas panjang lewat hidung dan mengeluarkannya perlahan lewat mulut pada saat kontraksi.

Ibu melakukan teknik relaksasi tiap kali merasa sakit pada perut dan pinggangnya.

4. Menganjurkan ibu untuk berkemih jika ibu menginginkannya atau tiap 2 jam agar penurunan kepala janin tidak terhambat oleh kandung kemih yang penuh.

Ibu mengerti penjelasan yang diberikan, ibu buang air kecil spontan: jam 11.00 WITA: volume \pm 100 cc, jam 11.30 WITA: volume \pm 100 cc, jam.

5. Memberitahu ibu untuk tidak meneran dulu sebelum pembukaan lengkap.

Ibu mengerti dengan informasi yang diberikan, yang ditandai tidak meneran saat ada *his*.

6. Menganjurkan ibu untuk tetap makan dan minum agar tidak kehilangan tenaga sewaktu ingin melahirkan.

Ibu mengerti dan melakukannya yakni makan roti dan teh, air putih, porsi makan malam dihabiskan, makan apel 1 buah.

7. Mengobservasi *his*, DJJ, nadi setiap 1 jam, dan mengobservasi pembukaan *serviks*, tekanan darah tiap 4 jam, dan *temperature* tubuh setiap 2 jam.
8. Mendokumentasikan semua asuhan kebidanan dan hasil pemeriksaan dalam bentuk SOAP.

Kala I Persalinan

Hari/ tanggal :Selasa, 15-05-2018 Jam 10.45 WITA.

Tempat: Ruang bersalin Puskesmas Danga

Oleh: Bidan, Ermelinda P.Eldeanto, Amd. Keb.

Mahasiswa:Tarsisia Yasinta Emburea

Subyektif:Ibu mengatakan sakit perut pinggang semakin sering dan lama.

1. Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis.
Ibu tampak kesakitan.
2. Tanda vital: nadi 86 x/ menit, pernapasan 20x/ menit, suhu 36,8⁰C, tekanan darah: 100/ 60 mmhg.
3. Jam 11.30 WITA, his lamanya 40 detik,
Jam 12.00 WITA, his lamanya 40 detik,
Jam 12.33 WITA, his lamanya 40 detik,
Jam 13.00 WITA, his lamanya 40 detik.
4. DJJ 142 x/ menit (dopler).
5. Kandung kemih kosong.
6. Genitalia: ada pengeluaran lendir darah, perinium belum menonjol, anus belum terbuka.
7. Pemeriksaan dalam :

Vulva vagina ada pengeluaran lendir campur darah, tidak ada varices, tidak ada kondiloma, portio tebal lunak, pembukaan 6 cm, selaput ketuban utuh, bagian terendah kepala, penurunan H IV.

A: Ny.Y.D umur 29 tahun G3P2P0AOAH2 hamil 40 minggu janin hidup tunggal letak kepala intrauterin keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik kala I fase aktif.

Masalah: Nyeri pada pinggang

P:

1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik dan janin baik yang ditandai tanda vital ibu normal, DJJ normal 142 x/ menit, pembukaan 6 cm, ketuban masih utuh, kontraksi uterus sudah mulai meningkat yakni 4 x/ 10 menit lamanya 40 detik. Ibu dan keluarga mengerti dan merasa senang.
2. Menjelaskan pada ibu bahwa rasa sakit pada perut yang dialaminya merupakan hal yang normal pada proses persalinan, hal itu disebabkan oleh peregangan jalan lahir akibat kontraksi uterus yang membantu turunnya janin. Semakin dekat persalinan kontraksi uterus akan semakin sering dan lama. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu dapat di ajak untuk kerja sama.
3. Memberikan ibu suport seperti mendengar keluhannya serta menganjurkan keluarga (ibu kandungnya) untuk mendampingi ibu sehingga ibu merasa tenang menghadapi proses persalinannya. Ibu sudah didampingi oleh ibu kandungnya.
4. Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan atau berdiri jika ibu sanggup, karena membantu mempercepat penurunan kepala janin dan kontraksi uterus atau tidur miring ke arah kiri. Ibu jalan-jalan lagi dalam ruangan bersalin, dan tidur miring ke kiri jika tidak sanggup lagi berjalan-jalan.
5. Menganjurkan pada ibu untuk melakukan teknik relaksasi pada saat kontraksi yaitu menarik nafas panjang lewat hidung lalu keluarkan lewat mulut. Ibu mengerti dan telah melakukannya.

6. Menganjurkan ibu untuk makan makanan ringan dan minum air putih atau teh hangat agar memiliki cukup tenaga saat proses persalinan serta mencegah dehidrasi.

Jam 12.00 WITA ibu makan nasi 1 piring, ikan 1 potong, sayur sawi 1 mangkok, air putih 1 gelas. jam 14,00 minum susu hangat 1 gelas .

7. Menganjurkan ibu untuk buang air kecil bila merasakannya, karena kandung kemih yang penuh menghalangi penurunan kepala janin dan kontraksi uterus.

Ibu mengerti dan bersedia melakukannya. Jam 10.30. WITA buang air kecil spontan \pm 100 cc, jam 13.00 WITA buang air kecil spontan \pm 100 cc.

8. Bidan menyiapkan peralatan untuk menolong persalinan yaitu:

Partus set, hecing set dan peralatan serta obat-obatan emergensi yang diperlukan untuk menolong persalinan.

Partus set terdiri dari (2 pasang handscoen, 2 buah klem koher, 1 buah $\frac{1}{2}$ koher, 1 gunting Episiotomi, 1 buah gunting tali pusat, kain kasa secukupnya dan pengikat tali pusat); Heacing set terdiri dari (1 pasang handscoen, 1 pinset anatomi, 1 pinset sirurgik, 1 gunting benang, nailfoeder dengan jarum otot dan jarum kulit, kassa secukupnya); benang catgut, 1 kateter nelaton, bengkok 2 buah, dan larutan khlorin 0,5 %, air DTT, tempat pakaian kotor, tempat sampah infeksius, tempat sampah non infeksius, dan tempat jarum; APD terdiri dari celemek, masker, dan sepatu boot; obat-obatan emergensi: oksitocin 4 ampul, metergin 1 ampul, vitamin K (neo K) 1 ampul, salep mata oxitetraciklin 1% 1 tube, cairan infus RL, D5%, Nacl masing-masing 1 flas, abocet no 20 dan 18 masing-masing 1 buah, disposable 3 cc 2 buah, dispo 1 cc 1 buah.

9. Melakukan observasi DJJ, his dan nadi tiap 30 menit, penurunan kepala, pembukaan serviks, tekanan darah tiap 4 jam dan mencatat hasilnya dalam partograf.

Tabel 15 Hasil Observasi Kala I Fase Aktif

(WITA)	DJJ (x/menit)	Nadi (x/menit)	Suhu (⁰ C)	Tekanan Darah (mmhg)
11.15	142	84	-	-
11.45	144	84	-	-
11.15	145	84	-	-
11.45	142	86	37	-
12.15	140	88	-	-
12.45	140	88	-	-
13,15	144	84	-	-
13,45	145	86		
14.15	144	86	-	-

10. Menyiapkan perlengkapan pakaian bayi dan juga ibu untuk proses persalinan seperti, 3 buah kain bayi, baju bayi, loyos, topi, selimut bayi, kaos kaki dan kaos tangan, pakaian ibu seperti 1 buah kain, baju, celana dalam dan pembalut, waslap.

11. Melakukan pendokumentasian semua asuhan yang telah diberikan dalam lembar observasi dan partograf.

Semua asuhan telah didokumentasikan.

Kala II Persalinan

Hari/ tanggal: Selasa, 15-05-2018

Jam: 14.30 WITA

Tempat: Ruang bersalin Puskesmas Danga

Oleh: Bidan, Ermelinda P Eldeanto, Amd. Keb.

Mahasiswa: Tarsisia Yasinta Emburea

S: Ibu mengatakan sakit perut dan pinggang semakin sering dan lama, rasa ingin buang air besar tiap kali perut terasa kencang.

O:

1. Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis,
2. Ibu tampak kesakitan dan tampak ada dorongan meneran
3. Nadi 88x/ menit
4. Observasi his jam 14.01 WITA:
Jam 14.03, WITA, his lamanya 45 detik
Jam 14.06 WITA, his lamanya 45 detik

Jam 14.09 WITA, his lamanya 45 detik

Jam 14.11 WITA, his lamanya 45 detik

5. DJJ: 140x/ menit.
6. Kandung kemih kosong
7. Genetalia: pengeluaran lendir darah semakin banyak, perinium tampak menonjol, *vulva* dan anus tampak membuka.
8. Tanggal 15-05-2018, jam 14.00 WITA kolaborasi dengan bidan untuk melakukan pemeriksaan dalam, hasilnya:

Vulva vagina: ada pengeluaran lendir darah bertambah banyak, tidak ada luka parut, tidak ada varises, tidak ada *kondiloma*, tidak ada *oedema*. *Porsio* tidak teraba, pembukaan 10 cm, penipisan 100 %. Letak kepala, posisi UUK depan, teraba *sutura sagtalis* berjauhan (*molase 0*), tidak teraba bagian kecil janin dan tali pusat di samping kepala. Selaput ketuban utuh.

Penurunan kepala *hodge IV*

Assesment : Ny.Y.D umur 29 tahun G3P2P0AOAH2 hamil 40 minggu janin hiduptunggal letak kepala *intrauterin* keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik inpartu kala II.

Masalah: Nyeri

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa DJJ normal, pembukaan sudah lengkap, ketuban masih utuh, dan akan dilakukan tindakan memecahkan selaput ketuban serta proses persalinan segera berlangsung. Ibu dan keluarga mengerti dan dapat diajak kerja sama.
2. Membantu ibu memilih posisi meneran yang nyaman menurut ibu seperti setengah duduk, jongkok atau berdiri, merangkak, atau miring ke kiri. Ibu memilih posisi setengah duduk.
3. Mengajarkan pada ibu cara meneran yakni: posisi ibu setengah duduk, tarik lutut ke arah dada, dan dagu ditempelkan ke dada. Saat ada kontraksi ibu boleh meneran sesuai dengan dorongan yang ibu rasakan tidak menahan napas saat meneran, bila tidak ada kontraksi ibu berhenti meneran dan beristirahat/ rileks serta minum. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

4. Memberi ibu suport bahwa ibu pasti bisa melewati proses persalinan ini. Ibu mengerti dan dapat diajak kerja sama.
5. Kolaborasi dengan bidan untuk melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 58 langkah APN :
 1. Mendengar, melihat, memastikan tanda dan gejala kala II
 - a. Ibu mengatakan ingin meneran
 - b. Ibu mengatakan tekanan pada anus
 - c. Perinium menonjol
 - d. Anus dan *vulva* membuka.
 2. Memastikan peralatan siap pakai, siap diri, dan siap keluarga, mematahkan oksitosin 10 IU, dan disposable 3cc dalam *partus set*. Semua peralatan dan keluarga sudah dipersiapkan, disposable 3 cc disimpan dalam *partus set*.
 3. Memakai celemek dan masker. Melindungi diri dan mencegah infeksi silang antara ibu dan bidan. APD sudah dipakai.
 4. Melepaskan semua perhiasan, mencuci tangan 6 langkah menggunakan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk. Tangan merupakan media masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh sehingga mencegah infeksi silang antara penolong, ibu dan alat. Tangan sudah di cuci.
 5. Memakai sarung tangan steril pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam. Tangan merupakan media masuknya *mikroorganisme* ke dalam tubuh sehingga mencegah infeksi silang antara penolong, ibu dan alat. Tangan kanan sudah memakai sarung tangan
 6. Mengambil alat suntik 3 cc dengan tangan kanan, isap oksitosin dan meletakan kembali dalam *partus set*. Memudahkan dalam menyuntikan oksitosin pada ibu. Oksitosin sudah diisap dan disimpan dalam *partus set*, memakai sarung tangan pada tangan kiri.
 7. Melakukan *vulva hygiene*. *Vulva* merupakan pintu masuknya *mikroorganisme* ke dalam tubuh. *Vulva* sudah dibersihkan.

8. Jam : 14.00 WITA

Kolaborasi dengan bidan untuk melakukan pemeriksaan dalam. Mendeteksi sedini mungkin komplikasi yang terjadi dan menilai kemajuan persalinan.

Hasilnya: *vulva vagina* tidak ada kelainan, *portio* tidak teraba, pembukaan *serviks* 10 cm kantong ketuban utuh, persentasi belakang kepala, UUK depan, molage 0, kepala turun *hodge* IV. Melakukan *amniotomi* menggunakan setengah *koher*. Ketuban warna jernih, jumlahnya ± 300 cc.

9. Mencilupkan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% membukanya secara terbalik, merendam dalam larutan khlorin 0.5%, mencuci tangan kembali dengan sabun dan air mengalir. Membunuh mikroorganisme 80%. Sarung tangan sudah direndam dan tangan sudah dicuci.
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi *uterus*. Saat *his*, terjadi kompresi pada tali pusat sehingga suplay oksigen ke janin berkurang sehingga menyebabkan DJJ menurun. DJJ: 136 x/ dopler, kuat dan teratur.
11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap, kepala sudah di dasar panggul. Membantu ibu posisi $\frac{1}{2}$ duduk, mengajarkan ibu untuk meneran bila ada *his* dan rasa ingin meneran. Mengurangi kecemasan, ibu merasa nyaman. Ibu dalam posisi setengah duduk
12. Meminta keluarga untuk berdiri di belakang ibu sehingga ibu bisa bersandar. Memudahkan ibu dalam mengedan. Ibu bersandar pada ibu kandungnya.
13. Memimpin ibu meneran bila ada *his*, memberi semangat dan pujian, bila tidak his menganjurkan ibu untuk minum dan istirahat. menilai DJJ. Ibu minum air $\frac{1}{4}$ gelas, DJJ: 136 x/ dopler.
14. Menganjurkan ibu miring ke kiri bila tidak ada *his*. Tidak terjadi penekanan pada *vena cava interior*. Ibu miring ke kiri.
15. Meletakan kain bersih di atas perut ibu. Mengeringkan tubuh bayi dari darah dan air ketuban. Kain sudah diletakan di atas perut ibu.
16. Meletakan kain yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian pada bokong ibu.

Menyokong perinium untuk mencegah *laserasi* jalan lahir. Kain 1/3 bagian sudah diletakan.

17. Mendekatkan *partus set* dan membukanya. Memudakan dalam pertolongan persalinan. *Partus set* sudah didekatkan.
18. Memakai sarung tangan pada kedua tangan. Tangan merupakan media utama masuknya *mikroorganisme* kedalam tubuh dan mencegah infeksi silang antara ibu dan bayi. Kedua tangan sudah memakai sarung tangan.
19. Setelah kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm di depan *vulva*, maka tangan kanan melindungi perinium dengan kain yang dilipat 1/3 bagian. Tangan kiri menahan *defleksi* sambil menganjurkan ibu untuk meneran disaat his untuk melahirkan kepala bayi.
Mencegah kepala lahir terlalu cepat dan mencegah *laserasi* jalan lahir. Tangan kanan menyokong perinium.
20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat. Lilitan tali pusat yang erat menyebabkan penekanan pada pembuluh darah tali pusat sehingga suplai darah ke janin berkurang. Ada lilitan tali pusat 1 kali longer.
21. Menunggu kepala janin melakukan putaran paksi luar. Menghilangkan torsi pada leher bayi. Kepala janin melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Memegang kepala bayi secara *biparietal*, dengan lembut menggerakkan ke bawah untuk melahirkan bahu depan, ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Kedua bahu bayi sudah lahir.
23. Setelah kedua bahu lahir, menggeser tangan ke bawah perinium untuk menyangga kepala, lengan dan siku ke arah bawah menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. Membantu pengeluaran bayi seluruhnya dan mencegah robeknya perinium. Sudah dilakukan sanggah susur.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir penelusuran tangan di atas berlanjut ke punggung, tungkai dan kaki, memegang kedua mata kaki, memasukan jari telunjuk di antar kaki dan memegang masing-masing mata kaki

dengan ibu jari dan jari lainnya. Mencegah tangan menjungkit sehingga tidak terjadi ruptur. Badan bayi telah lahir seluruhnya .

25. Jam 14.30 WITA, bayi lahir spontan, melakukan penilaian bayi. Menilai keadaan bayi untuk menentukan tindakan. Menangis kuat, tonus otot baik dan gerakannya aktif. Meletakkan di atas perut ibu.
26. Mengeringkan tubuh bayi mulai kepala, muka dan tubuh bayi kecuali bagian telapak tangan, mengganti kain yang basah dengan yang kering, membiarkan bayi di atas perut. Mencegah *hipotermia*. Seluruh badan bayi ada di atas perut ibu.
27. Memeriksa kembali *uterus* untuk memastikan tidak ada janin kembar. Oksitosin menyebabkan *uterus* berkontraksi yang dapat menurunkan oksigen ke janin. Tidak ada janin lagi.
28. Memberitahukan ibu bahwa ia akan di suntik. Ibu dapat bekerja sama dalam proses penyuntikan. Ibu sudah mengetahui bahwa ia akan disuntik.
29. Dalam waktu 1 menit menyuntikan oksitosin 10 IU secara IM. Oksitosin merangsang kontraksi *uterus* dengan kuat dan efektif sehingga mempercepat pelepasan *plasenta* dan mencegah perdarahan. Ibu sudah disuntik oksitosin pada paha kanan .
30. Menjepit tali pusat 3 cm dari pusat bayi dan mendorong tali pusat kearah ibu 2 cm dari klem jepit tali pusat yang pertama. Mempercepat proses sirkulasi. Tali pusat sudah diklem.
31. Memotong dan mengikat tali pusat. Memutuskan hubungan antara ibu dan bayi. Tali pusat sudah dipotong dan diklem menggunakan jepit tali pusat.
32. Meletakkan bayi agar kontak kulit antara ibu dan bayi (IMD) menciptakan hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi. Bayi sedang IMD.
33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi pada kepala bayi. Kepala bayi memiliki permukaan yang luas sehingga bayi cepat kehilangan panas.

Kala III Persalinan

Hari/ tanggal : Selasa, 15 – 05- 2018

Jam : 14.30 WITA.

Tempat: Puskesmas Danga

Oleh: Bidan, Ermelinda P.Eldeanto, Amd. Keb.

Mahasiswa: Tarsisia Yasinta Emburea

S: ibu mengatakan perutnya mules dan ibu bahagia atas kelahiran bayinya.

O:

1. Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis
2. Palpasi: *TFU* setinggi pusat, ada tanda-tanda pelepasan *plasenta*, *uterus* bulat keras, tali pusat bertambah panjang, ada semburan darah tiba-tiba, perdarahan pervagina \pm 100 cc

A: Kala III

P:

34. Memindahkan klem tali pusat sehingga berjarak 5 cm dari *vulva*. Memudahkan dalam PTT. Klem 5 cm dari *vulva*.
35. Meletakkan tangan kiri di atas kain pada perut ibu di atas *sympisis*, untuk mendeteksi, dan tangan kanan mengangkat tali pusat. *Uterus* membundar (kontraksi baik), adanya semburan darah banyak dari jalan lahir, tali pusat bertambah panjang.
36. Saat *uterus* berkontraksi tangan kanan menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan kiri mendorong *uterus* ke arah belakang atas (*dorso kranial*) secara hati-hati.
37. Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan *dorso kranial* hingga *plasenta* lepas. Meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir, dan tangan kiri tetap melakukan tekanan *dorso kranial*.
38. Saat *plasenta* muncul di *introitus vagina*, melahirkan *plasenta* dengan kedua tangan. Memegang dan memutar *plasenta* hingga selaput *plasenta* terpilin kemudian melahirkan *plasenta* seluruhnya dan meletakkan pada tempat *plasenta*. Mencegah tertinggalnya *plasenta* atau *plasenta* lahir tidak lengkap.

Jam 14.35 WITA *plasenta* lahir lengkap dan spontan

39. Melakukan masase *uterus* segera setelah *plasenta* lahir dengan meletakkan telapak tangan di *fundus* dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga *uterus* berkontraksi. Merangsang *miometrium* berkontraksi sehingga terjadi *vasokonstriksi* pembuluh darah. *Uterus* teraba bundar dan keras (kontraksi *uterus* baik) dan kandung kemih kosong.
40. Memeriksa kedua sisi *plasenta* yakni bagian *maternal* dan bagian *fetal plasenta*. Meyakinkan *plasenta* lahir lengkap sehingga tidak terjadi perdarahan. *Placenta* lahir lengkap, selaput utuh, *cotiledon* lengkap.
41. Melakukan pemeriksaan kemungkinan *laserasi* pada *vagina* dan perinium, dan melakukan penjahitan. Robekkan jalan lahir, mengakibatkan perdarahan aktif. Ada robekan pada perinium derajat I dan melakukan *heating* lurus.

Kala IV Persalinan

Hari/ tanggal: Selasa, 15 -05-2018

Jam : 14.50 WITA.

Tempat: Puskesmas Danga

Oleh: Bidan, Ermelinda P.Eldeanto, Amd. Keb.

Mahasiswa: Tarsisia Yasinta Emburea

S: Ibu mengatakan sangat senang karena telah melewati proses persalinan dan mules pada perut mulai berkurang.

O:

1. Keadaan umum : baik, kesadaran: komposmentis
2. Wajah ibu tampak senang
3. *Plasenta* lahir spontan, lengkap pada jam 14.35 WITA
4. *Palpasi*: *TFU* 2 jari dibawah pusat, kontraksi *uterus* baik, kandung kemih kosong
5. Perdarahan \pm 200 cc

A: P3AOAH3 Kala IV

P:

42. Memastikan *uterus* berkontraksi baik dan tidak terjadi perdarahan. Masase *uterus, uterus* teraba bundar dan keras (kontraksi *uterus* baik), perdarahan normal ± 10 cc
43. Memberitahu ibu bahwa bayi dibiarkan diatas perut ibu melakukan kontak kulit dengan ibu paling sedikit 1 jam sejak jam 14.30-15.30 WITA.
44. Memberitahu ibu bahwa setelah 1 jam kontak kulit (IMD), bidan akan melakukan perawatan bayi yaitu menimbang berat badan, mengukur panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar perut, memberikan salep mata, dan injeksi vitamin K dan memakaikan pakaian bayi.
Pada jam 15.30 WITA, hasilnya: berat badan: 3500 gram, panjang badan: 49 cm, lingkar kepala: 32 cm, lingkar dada: 33 cm, lingkar perut: 32 cm. Memberikan salep mata oksitetraciklin 1% pada mata kanan dan kiri dengan arah dari dalam ke luar, dan injeksi vitamin K 0,1 ml pada paha kiri bagian luar, mengenakan pakaian, selimut dan topi bayi.
45. Memberitahu ibu bahwa bayi akan disuntik imunisasi HB 0. Imunisasi HB 0 belum diberikan dan akan diberikan besok di Poli Anak. Bayi diberikan pada ibunya untuk diberi ASI.
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi *uterus* dan perdarahan pervagina.
Kontraksi *uterus* baik, TFU 2 jari bawah pusat, perdarahan sedikit ± 20 cc.
47. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase *uterus* dan menilai kontraksi dengan cara meletakkan telapak tangan ibu di atas *fundus uteri*, tangan penolong diletakan di atas tangan ibu, melakukan masase atau gerakan melingkar secara lembut hingga *uterus* berkontraksi, cara menilai kontraksi *uterus*, bila teraba keras berarti *uterus* berkontraksi baik. Ibu dan keluarga memahami cara masase *uterus* dan menilai *uterus* berkontraksi baik atau tidak baik.
48. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah. Perdarahan yang keluar sebanyak ± 20 cc.
49. Memeriksa tanda-tanda vital, kandung kemih, kontraksi *uterus*, TFU, dan perdarahan tiap 15 menit pada 1 jam pertama, dan tiap 30 menit setelah 1 jam kedua.

Tabel 16 Hasil Observasi Ibu 2 Jam *Postpartum*

Jam (wita)	Tensi	Nadi	Suhu	TFU	kontraksi	perdarahan	Kandung kemih
15.50	100/60 mmHg	80x/mnt	36,6 °C	1 jari bwh pst	Baik	Normal	Kosong
16.05	100/60 mmHg	82x/mnt	-	1 jari bwh pst	Baik	normal	Kosong
16.20	100/60 mmHg	84x/mnt		1 jari bwh pst	Baik	normal	Kosong
17.35	100/60 mmHg	80x/mnt		2 jari bwh pst	Baik	normal	Kosong
18.02	100/60 mmHg	84x/mnt	36,8 °C	2 jari bwh pst	Baik	normal	Kosong
18.32	100/70 mmHg	84x/mnt		2 jari bwh pst	Baik	normal ±100 cc	uriner ±150 cc

50. Memantau tanda-tanda vital bayi dan tanda bahaya tiap 15 menit selama 1 jam pertama dan tiap 15 menit selama 1 jam kedua.

Tabel 17 Hasil Observasi Bayi 2 Jam Post Partum

Jam (wita)	Rr(x/m)	Suhu(°C)	Warna Kulit	Gerakan	Isapan Asi	Tali Pusat	Kejang	Bak/Bab
15.55	52	36,7	Kemerahan	Aktif	bayi sedang IMD	Tidak berdarah	Tidak	-/-
16.10	54	36,7	Kemerahan	Aktif	Bayi sedang IMD	Tidak berdarah	Tidak	-/-
16.25	52	36,8	Kemerahan	Aktif	Bayi sedang IMD	Tidak berdarah	Tidak	-/-
17.40	52	36,8	Kemerahan	Aktif	isap kuat	Tidak berdarah	Tidak	-/-
18.07	56	36,9	Kemerahan	Aktif	isap kuat	Tidak berdarah	Tidak	-/-
18.37	52	36,9	Kemerahan	Aktif	isap kuat	Tidak berdarah	Tidak	

51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan chlorin 0,5% untuk mendekontaminasi selama 10 menit, mencuci dan membersihkan peralatan dengan sabun dan air bersih, kemudian melakukan DTT peralatan menggunakan sterilisator.

52. Membuang sampah dan bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai. Sampah medis/ infeksius dibuang ke tempat sampah infeksius (plastik merah), sampah non infeksius/ non medis dibuang ke tempat sampah non infeksius (plastik hitam), sampah tajam dibuang ke *safety box*.
53. Membersihkan ibu menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Pakaian ibu yang kotor dimasukkan dalam ember pakaian kotor yang dialasi plastik merah. Membantu ibu memakaikan pakaian bersih, celana dalam bersih, dan pembalut.
- Ibu sudah bersih dan merasa nyaman.
54. Mendekontaminasi tempat tidur dan celemek dengan larutan chlorin 0,5%. Tempat tidur dan celemek sudah bersih.
55. Memastikan ibu merasa nyaman dan membantu ibu memberikan ASI pada bayinya, menganjurkan keluarga memberikan makan dan minum pada ibu. Ibu makan nasi setengah porsi, ikan goreng 1 potong dan air putih hangat 1 gelas. Bayi sudah bisa menyusui, refleks isapnya baik.
56. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan chlorin 0,5%, dan membukanya secara terbalik. Sarung tangan sudah dibilas dalam larutan chlorin 0,5%, dibuka secara terbalik dan membuangnya ke tempat sampah infeksius.
57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dengan cara 6 langkah, kemudian mengeringkan dengan tisu.
58. Melakukan pendokumentasian pada status pasien, partograf halaman depan dan belakang. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah: 110/ 60 mmhg, nadi 80 x/ menit, suhu 36,8⁰C, pernapasan 16x/ menit. Jam 06.00 WITA memindahkan ibu dan bayi ke ruang nifas.

Kunjungan Nifas I dan Kunjungan Neonatus I)

Hari/ tanggal: Selasa, 15-05-2018 Jam: 20.30 WITA

Tempat: Ruangan nifas Puskesmas Danga

IBU

S: Ibu mengatakan sakit pada tempat jahit di jalan lahir, perut rasa mules saat bayi mengisap ASI

O:

1. Keadaan umum: baik
2. Kesadaran: komposmentis
3. Keadaan emosional: tenang / stabil
4. Tanda vital: tekanan darah 110/ 70 mmhg, nadi 82 x/ menit, suhu 37⁰ C, pernapasan 18x/menit.
5. Pemeriksaan fisik umum:
 - a. Muka: tidak pucat, tidak *oedema*
 - b. Mata: tidak *oedema*, *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih.
 - c. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar *tiroid* dan kelenjar *limfe*, tidak ada bendungan pada *vena jugularis*.
 - d. Payudara: simetris, ada *hiperpigmentasi areola mammae*, puting susu menonjol, sudah ada pengeluaran *colostrum* dari kedua puting susu, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
 - e. Abdomen: kontraksi *uterus* baik, *TFU* 2 jari bawah pusat.
 - f. Genetalia: ada pengeluaran darah pervagina berwarna merah / *lokhea rubra*, ada bekas luka jahitan pada perinium.
 - g. *Ekstremitas* atas: kuku tidak pucat, tidak ada *oedema*.
 - h. *Ekstremitas* bawah: tidak ada *oedema*, tidak ada varises, tidak ada kemerahan pada kaki, fungsi gerak normal.
6. Pemeriksaan penunjang. Lab HB 10 grm%

A: Ny. Y.D P3P0AOAH3 *postpartum* normal 6 jam dengan *ruptur* perineum grade I.

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik, tanda vital normal: tekanan darah 110/ 60 mmhg, nadi 82 x/ menit,

suhu 37⁰ C, pernapasan 18 x/ menit; sudah ada pengeluaran *colostrum* dari kedua puting susu; kontraksi *uterus* baik, *TFU* 2 jari bawah pusat; ada bekas luka jahitan pada perinium. Ibu dan keluarga merasa senang dengan informasi tersebut

2. Mengajarkan ibu untuk sering mengontrol dan menilai kontraksi *uterus* seperti yang telah diajarkan. Ibu mengerti dan sudah melakukannya masase *uterus* dan kontraksi *uterus*nya baik.
3. Mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini agar ibu merasa lebih sehat dan kuat, pengembalian fungsi usus dan kandung kemih lebih baik, memudahkan ibu untuk belajar cara merawat bayinya sehari-hari. Ibu mengerti dan sudah melakukan mobilisasi seperti ke kamar mandi sendiri, belajar menggendong bayinya
4. Mengajarkan ibu untuk berkemih bila merasakannya, karena kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi *uterus* yang bisa menyebabkan perdarahan. Ibu mengerti dan sudah buang air kecil 2 kali.
5. Mengajarkan ibu untuk makan makanan yang mengandung zat gizi seimbang dan makanlah 2 porsi lebih banyak dari sebelum masa nifas seperti nasi, sayuran berwarna hijau seperti daun ubi, kelor, bayam, lauk seperti telur, daging, ikan, hati, kacang hijau, tahu, tempe, atau jenis kacang-kacangan, minum susu ibu menyusui, minum air putih minimal 14 gelas perhari. Makanan bergizi membantu memperbanyak ASI, memulihkan kesehatan ibu, mempercepat penyembuhan luka, serta memperlancar proses metabolisme dalam tubuh. Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia mengonsumsi makanan bergizi.
6. Mengajarkan ibu untuk beristirahat yang cukup dengan cara saat bayi tidur ibu harus tidur, agar mempercepat pemulihan kesehatan dan meningkatkan daya tahan tubuh ibu. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
7. Mengajarkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan diri dengan cara mandi teratur 2 kali sehari, mengenakan pakaian yang bersih, mengganti pembalut minimal setiap empat jam atau dirasakan sudah basah, cara cebok yang benar: ceboklah dahulu daerah depan yaitu *simpisis pubis* sampai *vulva*

vagina hingga ke luka perinium, kemudian ke daerah belakang yakni daerah anus; mencuci tangan menggunakan sabun setiap kali selesai buang air kecil/ buang air besar. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

8. Menginformasikan tanda bahaya masa nifas pada ibu dan keluarganya yaitu: perdarahan banyak lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, bengkak di wajah tangan dan kaki atau sakit kepala dan kejang-kejang, demam lebih dari 2 hari / panas tinggi, payudara merah bengkak disertai rasa sakit, dan ibu terlihat murung sedih dan menangis tanpa sebab. Jika mengalami salah satu tanda tersebut segera beritahu petugas dan atau segera ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pertolongan persalinan. Ibu dan keluarga mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali beberapa tanda bahaya, dan bersedia kembali ke fasilitas kesehatan.

BAYI

S: Ibu mengatakan bayinya sudah bisa menyusui dan isapnya kuat, sudah buang air besar 1 kali, buang air kecil 1 kali.

O:

1. Keadaan umum baik,
2. Kesadaran: komposmentis,
3. Tanda vital: suhu: 36,9°C, nadi: 133 x/ menit, pernapasan: 50x/ menit,
4. Antropometri: berat badan: 3500 gram, panjang badan: 49cm, lingk kepala: 33cm, lingk dada: 32 cm, lingk perut: 32 cm.
5. *APGAR score*: 8/9/10
6. Pemeriksaan fisik:
 - a. Kepala: ubun-ubun besar belum tertutup, tidak ada *caput succedaneum*, tidak ada *cephal hematoma*, tidak ada kelainan.
 - b. Wajah: kulit wajah kemerahan, muka bentuknya simetris
 - c. Mata: simetris, tidak ada nanah, kelopak mata tidak bengkak, tidak ada perdarahan pada bola mata.
 - d. Telinga: kedua daun telinga simetris, letaknya normal.
 - e. Hidung: tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada *palatoskisis*.

- f. Mulut: tidak ada *sianosis* dan tidak ada *labiopalato skizis*
- g. Leher : tidak ada benjolan
- h. Dada: simetris, tidak ada retraksi dinding dada, bunyi jantung normal dan teratur
- i. *Abdomen*: tidak ada perdarahan tali pusat, dinding perut supel, tidak ada kelainan seperti *omfalokel*, dll.
- j. Genitalia: jenis kelamin perempuan, *labia mayora* sudah menutupi *labium minus*
- k. Anus: ada lubang anus
- l. Punggung: tidak ada *spina bifida*.
- m. *Ekstermitas*: jari tangan dan kaki lengkap, gerak aktif, tidak ada *polidaktili*, kulit kemerahan.
- n. Kulit kemerahan
- o. Reflex
 - 1) Refleks *moro*: baik, saat diberi rangsangan kedua tangan dan kaki seakan merangkul
 - 2) Reflex *rooting*: baik, saat diberi rangsangan pada pipi bayi, bayi langsung menoleh kearah rangsangan
 - 3) Refleks *sucking*: baik, saat menyusui refleks isapnya baik
 - 4) Refleks *Graps*: baik, pada saat telapak tangan disentuh, bayi seperti menggenggam.

A: Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 jam

P:

1. Menginformasikan pada ibu bahwa keadaan bayinya baik, tanda vital dan pemeriksaan fisik dalam batas normal. Ibu tampak senang mendengar informasi yang diberikan.
2. Menganjurkan ibu untuk sering melakukan kontak dengan bayinya seperti memeluk dengan kasih sayang, sering menyusui, kontak mata, berbicara dengan bayinya, agar terciptanya ikatan kasih sayang dan memberikan kehangatan pada bayinya. Ibu mengerti dan melakukannya.

3. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar yaitu menyusui bayi sesering mungkin semau bayi, minimal tiap 2-3 jam, susui dari kedua payudara secara bergantian hingga kosong agar payudara tetap memproduksi ASI yang cukup. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
4. Mengajarkan posisi dan perlekatan menyusui yang benar yaitu dengan cara: ibu duduk bersandar di dinding dengan sudut 90 derajat atau duduk di pinggir tempat tidur dengan kaki bersandar pada bangku, usahakan posisi senyaman mungkin. Menggunakan satu tangan menyangga badan bayi dengan posisi kepala dan badan bayi berada dalam satu garis lurus, wajah bayi menghadap payudara, hidung berhadapan dengan puting susu, sebagian besar *areola* (bagian hitam disekitar puting) masuk ke dalam mulut bayi, mulut bayi tampak terbuka lebar, bibir bawah melengkung ke luar, dagu menyentuh payudara ibu. Ibu mengerti dan bisa mempraktekan posisi menyusui yang benar.
5. Memberikan KIE tentang ASI eksklusif yaitu bayi diberi ASI saja hingga umur 6 bulan tanpa tambahan makanan lain seperti susu formula, air putih, madu, bubur susu, biskuit, dan lain-lain. ASI merupakan makanan terbaik untuk bayi mengandung semua zat gizi yang dibutuhkan bayi hingga 6 bulan pertama, serta mengandung zat antibodi yang melindungi bayi dari kuman penyakit. Ibu mengerti dan bersedia memberikan bayinya ASI saja hingga umur 6 bulan.
6. Mengajarkan ibu dan keluarga cara menjaga kehangatan bayi baru lahir seperti memakaikan topi, sarung tangan dan kaki, membungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, segera mengganti pakaian bayi jika basah atau kotor, serta menunda memandikan bayi hingga 6 jam. Ibu dan keluarga mengerti tentang cara menjaga kehangatan bayi.
7. Menginformasikan tanda-tanda bahaya yang terjadi pada bayi baru lahir seperti: bayi tidak mau menyusui, kejang-kejang, lemah, sesak napas dan ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam, bayi merintih atau menangis terus-menerus, tali pusat kemerahan berbau atau bernanah, panas tinggi, kulit bayi berwarna kuning, buang air besar berwarna pucat. Bila

mengalami salah satu tanda tersebut ibu harus segera membawa bayinya ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan penanganan. Ibu dan keluarga mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali beberapa tanda bahaya pada BBL, serta bersedia membawa bayinya ke fasilitas kesehatan bila mengalaminya.

Hari/ tanggal: Rabu, 16-05-2018

Jam: 09.00 WITA

Tempat: Ruangan nifas puskesmas Danga

IBU

S: Ibu mengatakan tidak rasa pusing, rasa nyeri pada luka di jalan lahir, sudah buang air kecil, belum buang air besar.

O:

1. Ku ibu baik, kesadaran komposmentis.
2. Tanda vital: tekanan darah 110/ 70 mmhg, nadi 84x/menit, suhu 36,8°C, pernapasan 18 x/ menit,
3. Wajah: tidak pucat, tidak ada *oedema*.
4. Mata: tidak *oedema*, *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih.
5. Leher: tidak ada bendungan pada *vena jugularis*, tidak ada pembesaran kelenjar *tiroid* dan kelenjar *limfe*.
6. Payudara: bentuk simetris, tidak ada bengkak dan kemerahan, sudah ada produksi ASI sedikit.
7. *Abdomen*: dinding perut supel, kontraksi *uterus* baik, *TFU* 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong.
8. Genitalia:
Vulva/vagina: terdapat pengeluaran darah berwarna merah sedikit (± 30 cc) / *lochea rubra*.

Perinium: tampak ada bekas luka jahitan *perinium*, keadaan luka masih basah, tidak ada tanda infeksi(seperti merah, bengkak, pus).

9. *Ekstremitas*: tidak pucat, tidak *oedema*, tidak merah, tidak nyeri, fungsi gerak normal.

A: P3AOAH3 *postpartum* normal hari pertama

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya bahwa keadaan ibu baik, tanda vital normal, luka perinium masih basah. Ibu dan keluarga mengerti.
2. Menjelaskan ketidaknyamanan yang dirasakan ibu yakni belum buang air besar, hal ini masih dalam batas normal yang terjadi akibat penurunan peristaltik usus, dan kurangnya asupan makanan selama ibu dalam proses persalinan. Cara mengatasinya: makan makanan yang mengandung tinggi serat seperti sayur-sayuran, dan buah-buahan, mengkonsumsi air putih minimal 14 gelas perhari selama masa nifas, serta mobilisasi dini. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran tersebut.
3. Mengingatkan ibu untuk makan makanan yang bergizi dengan porsi 2 kali lebih banyak dari sebelumnya. Ibu mengerti dan mengatakan sudah melakukan seperti anjuran yakni makan nasi, sayuran seperti bayam, kelor, dengan lauk, ikan, tahu, telur, minum air putih lebih dari 14 gelas/ hari, serta minum susu ibu menyusui tiap pagi dan malam hari.
4. Mengajarkan ibu cara merawat luka perinium yaitu dengan menjaga kebersihan daerah genitalia seperti bersihkan daerah genitalia menggunakan sabun dan air bersih setiap kali mandi, mandi 2 kali sehari; jangan menyentuh luka perinium; mencuci tangan sesudah buang air kecil/buang air besar, sebelum dan sesudah merawat luka perinium; sering ganti celana dalam dan pembalut bila sudah penuh atau minimal tiap 4 jam. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
5. Mengingatkan ibu untuk istirahat yang cukup dengan cara tidur siang atau istirahatlah selama bayi tidur, serta kembali beraktivitas kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan jika ibu sudah merasa mampu. Istirahat yang cukup ibu mampu merawat bayinya, proses pemulihan alat kandungan berjalan lancar, tidak terjadi perdarahan, produksi ASI lancar. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

6. Mengingatkan ibu untuk sering melakukan kontak dengan bayinya, agar tercipta ikatan kasih sayang dan merangsang perkembangan bayi. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
7. Menganjurkan ibu minum obat yang diberikan yakni amoxicilin 500 mg 3x1, asammefenamat 500 mg 3x1, tablet tambah darah dan vitamin c 1x1 tiap malam hari, obat diminum sesudah makan menggunakan air putih agar proses penyerapannya berjalan lancar. Ibu mengerti dan sudah minum obat secara teratur sesuai dosisnya.
8. Memberikan ibu vitamin A 200.000 IU sebanyak 2 kapsul, diminum hari pertama 1 kapsul dan kapsul kedua 1 kapsul diminum 24 jam setelah ibu minum kapsul vitamin A pertama. Ibu mengerti, jam 09.00 ibu minum kapsul vitamin A pertama 1 kapsul.

BAYI

S: Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, sudah buang air kecil, dan buang air besar berwarna hitam.

O:

1. Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis
2. Kulit tampak kemerahan tidak *ikterus*, gerak aktif, menangis kuat.
3. Tanda vital: suhu 37 °C, nadi 130 x/ menit, pernapasan 50 x/ menit
4. Berat badan: 3500 gram, panjang badan 49 cm.
5. Pemeriksaan fisik:
 - a. kepala: tidak ada kelainan, wajah: simetris, mata: *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih
 - b. Dada: simetris, tidak ada tarikan dinding dada
 - c. Perut: supel, tidak ada perdarahan tali pusat, tali pusat masih basah dan layu, tidak ada kelainan.
 - d. Genitalia: tidak ada kelainan
 - e. *Ekstremitas*: kulit kemerahan, fungsi gerakanya normal.

A: Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 1 hari

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya bahwa keadaan bayinya baik, tanda vital normal, berat badan 3500 gram, panjang badan 48 cm. Ibu dan keluarganya senang mendengar informasi tersebut.
2. Mengajarkan ibu cara memandikan dan merawat tali pusat bayi. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
3. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan posisi yang benar. Ibu sudah bisa melakukan menyusui dengan posisi yang benar.
4. Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan imunisasi HB 0 pada bayi. Bayi sudah diimunisasi HB 0.
5. Menjelaskan pada ibu agar jangan membiarkan bayinya menangis lama karena bisa menyebabkan bayi stres. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
6. Mengingatkan ibu dan keluarga agar selalu menjaga bayinya tetap hangat. Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia melakukannya.
7. Menganjurkan ibu untuk sering menyusui bayinya secara tidak terjadwal, minimal tiap 2-3 jam agar kebutuhan bayinya terpenuhi dan memperlancar produksi ASI.
8. Mengingatkan ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

Hari/ tanggal: Minggu, 21-05-2018

Jam: 10.00 WITA

Tempat: Rumah ibu

IBU

S: Ibu mengatakan sakit pada punggung, ASI sudah semakin banyak, sudah buang air besarsontan konsistensinya lunak, buang air kecil +, darah yang keluar dari jalan lahir sudah berwarna merah kecoklatan dan ada lendir.

O:

1. Ku: baik, kesadaran: komposmentis
2. Tanda vital: tekanan darah: 110/ 60 mmhg, nadi 80 x/menit, nadi 80x/menit, suhu 37 °C, pernapasan 16x/ menit.

3. Pemeriksaan fisik:

- a. Kepala: tidak ada kelainan, ada ketombe
- b. Muka: tidak *oedema*, tidak pucat
- c. Mata: tidak *oedema*, *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih
- d. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar *limfe* dan kelenjar *tiroid*, tidak ada bendungan pada *vena jugularis*.
- e. Payudara: simetris, kencang dan tegang, ada pengeluaran ASI dari kedua puting susu, tidak ada benjolan.
- f. *Abdomen*: dinding perut supel, *palpasi*: kontraksi *uterus* baik, *TFU* pertengahan pusat simpisis, kandung kemih kosong.
- g. Genitalia:
Vulva: ada pengeluaran darah berwarna merah kecoklatan dan bercampur lendir. *Perinium*: tampak ada luka bekas jahit, sudah mulai mengering, tidak ada tanda infeksi seperti bengkak, merah, nyeri, pus.
- h. *Ekstremitas*: tidak ada varises, tidak ada *oedema*, tidak ada tanda kemerahan dan nyeri, fungsi gerak normal.

Pemeriksaan Penunjang Lab HB 10grm%

A: P3AOAH3 *post partum* normal hari ke-6

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaannya baik, tekanan darah normal 110/60 mmhg, kontraksi *uterus* baik, *TFU* pertengahan pusat simpisis, pengeluaran pervagina normal, luka di jalan lahir sudah mulai mengering. Ibu mengerti dan tampak senang setelah mendengar informasi tersebut.
2. Menjelaskan pada ibu dan keluarga penyebab sakit pada punggung yang dirasakan ibu adalah hal yang normal akibat bertambah besarnya ukuran payudara dan volume ASI yang bertambah banyak, sehingga otot belakang tertarik untuk menopang beban tersebut. Cara mengatasinya kenakanlah bra yang sesuai dengan ukuran payudara agar bisa menyokong payudara ibu. Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia mengenakan bra yang sesuai ukuran payudara ibu.

3. Melakukan perawatan luka perinium menggunakan kassa yang dibasahi betadin lalu dioleskan pada luka jahitan. Luka sudah dirawat dengan betadin.
4. Mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan luka perinium menggunakan betadin salep yang dilakukan setiap pagi dan sore sesudah mandi. Ibu bersedia melakukan perawatan luka menggunakan betadin salep.
5. Mengingatkan ibu untuk meningkatkan kebersihan daerah genetalia, agar luka perineum segera sembuh dan tidak terjadi infeksi. Ibu bersedia melakukannya.
6. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan dirinya seperti mandi 2 kali sehari, keramas 2-3 kali seminggu, sikat gigi 2 kali sehari, ganti pakaian dalam dan luar minimal 2 kali sehari setiap habis mandi. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
7. Mengingatkan ibu untuk tetap meningkatkan asupan makanan yang bergizi. Karena makanan yang bergizi berguna untuk meningkatkan kesehatan ibu, penyembuhan luka perinium, serta meningkatkan produksi ASI. Ibu mengerti dan mengatakan jam 09.00 sudah mengkonsumsi bubur kacang hijau 1 mangkok, dan minum susu ibu menyusui tiap pagi dan malam hari.
8. Mengingatkan ibu untuk istirahat yang cukup agar ibu tidak kelelahan dan untuk pemulihan kesehatan ibu, dengan cara beristirahatlah atau tidurlah disaat bayi tidur. Ibu mengerti dan mengatakan sudah melakukannya.
9. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan benar dengan cara menyuruh ibu menyusui bayinya dan memperhatikan cara menyusui dan posisi menyusui. Ibu sudah menyusui bayinya dengan benar dan tidak ada hambatan saat menyusui.

BAYI

S:

1. Ibu mengatakan kulit bayinya terkelupas, bagian wajah tumbuh biji panas, bayinya sudah buang air kecil dan sudah buang air besar normal (tidak *diare*), warnanya kuning, pilek.

2. Ibu mengatakan kuatir karena ada keluar keputihan sedikit dari kelamin bayinya.

O:

1. Ku bayi baik, kesadaran komposmentis
2. Tanda vital: suhu: 36,7 °C, nadi 132x/menit, pernapasan 53x/menit
3. Panjang badan: 48 cm.
4. Pemeriksaan fisik:
 - a. Muka: tampak bintik-bintik kecil,
 - b. Mata: tidak ada sekret,
 - c. Hidung: tidak ada pernapasan cuping hidung,
 - d. Mulut: bibir lembab, warna kemerahan,
 - e. Leher: kulit terkelupas dan iritasi pada lipatan, tidak ada benjolan
 - f. Dada: tidak ada tarikan dinding dada ke bawah saat bayi tenang,
 - g. Perut: dinding perut supel, tali pusat sudah pupus, tidak ada perdarahan tali pusat, tidak ada tanda-tanda infeksi,
 - h. Genitalia: ada keputihan sedikit di *vulva*,
 - i. *Ekstremitas*: gerak aktif, kulit kemerahan, iritasi pada kulit di lipatan paha.
 - j. Kulit: warna kulit bayi kemerahan, tidak *cianosis*.

A: Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 hari.

P:

1. Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan bayinya baik, tanda vital normal, ada iritasi pada lipatan leher dan lipatan paha sedikit. Ibu tampak tenang mendengar informasi tersebut.
2. Menjelaskan pada ibu keputihan yang terjadi pada bayinya merupakan hal yang normal, walaupun tidak terjadi pada semua bayi, hal ini disebabkan oleh sisa hormon dari ibunya, dan akan hilang dengan sendirinya. Ibu tidak kuatir lagi setelah mendapat informasi tersebut.
3. Melakukan perawatan kulit bayi yang terkelupas serta iritasi dan melibatkan ibu untuk melihatnya. Caranya: melap kulit bayi yang terkelupas dan iritasi menggunakan baby oil kemudian kenakan pakaian

yang bersih dan selimuti bayi dan kenakan topi agar bayi tetap hangat. Menganjurkan ibu untuk merawat kulit bayinya seperti yang dilakukan. Ibu bersedia melakukan perawatan seperti yang di contohkan.

4. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan benar dengan cara menyuruh ibu menyusui bayinya dan memperhatikan cara menyusui dan posisi menyusui. Ibu sudah menyusui bayinya dengan benar dan tidak ada hambatan saat menyusui.
5. Mengajarkan ibu cara menyendawakan bayinya yaitu dengan cara menelungkupkan atau miringkan bayi ke salah satu sisi kemudian tepuk secara perlahan bagian punggung bayi. Ibu mengerti dan bisa mempraktekkan dengan benar cara menyendawakan bayi.
6. Mengingatkan ibu untuk menjaga bayinya tetap hangat, sering menyusui minimal tiap 2-3 jam atau semau bayi, serta memberikan bayinya ASI saja hingga berumur 6 bulan. Ibu mengerti dan sudah melakukan anjuran tersebut.
7. Mengingatkan ibu untuk menjemur bayinya pada sinar matahari sebelum jam 9 pagi selama 10 menit, karena mengandung vitamin D yang berguna untuk pertumbuhan dan pembentukan tulang dan gigi serta penyerapan kalsium dalam tubuh bayi. Ibu mengerti dan mengatakan sudah menjemur bayinya tadi pagi selama 10 menit.
8. Mengingatkan ibu untuk memperhatikan tanda bahaya pada bayi dan segera ke fasilitas kesehatan bila mengalaminya. Ibu mengerti dan mengatakan selama ini bayinya tidak mengalami salah satu tanda bahaya tersebut.

Hari / tanggal: Selasa, 29-05-2018

Jam: 10.00 WITA

Tempat: Rumah ibu

IBU

S:

1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan,

2. Nutrisi: makan minum 4-5 kali sehari, komposisi: nasi, sayuran (seperti: bayam, kelor, daun ubi, wortel), lauk (seperti: ikan, daging, telur, tahu, tempe), bubur kacang hijau, buah kadang ada pepaya atau pisang, porsi dihabiskan, minum air putih \pm 14 gelas perhari,
3. Eliminasi: buang air kecil 5-6 kali/ hari, buang air besar 1-2 kali perhari, konsistensi lunak.

O:

1. Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis
2. Tanda vital: tekanan darah 110/ 60 mmhg, nadi 80x/ menit, suhu 36, 7 °C, pernapasan 16 x/ menit.
3. Pemeriksaan fisik:
 - a. Mata: tidak *oedema*, *sklera* putih, *konjungtiva* merah muda
 - b. Payudara: simetris, membesar, tidak ada nyeri dan bengkak, puting susu menonjol, keluar ASI dari kedua puting susu.
 - c. Perut: dinding perut supel, kandung kemih kosong, *fundus uteri* sudah tidak teraba.
 - d. *Ekstremitas* atas: bersih, kuku tidak pucat, kuku pendek, tidak *oedema*
 - e. *Ekstremitas* bawah: tidak *oedema*, fungsi gerak normal.

A: P3AOAH3 *post partum* normal hari ke- 14

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu baik yang ditandai oleh tanda vital dan pemeriksaan fisik normal. Ibu tampak senang.
2. Mengingatkan ibu untuk tetap meningkatkan asupan makanan yang bergizi. Karena makanan yang bergizi berguna untuk meningkatkan kesehatan ibu, penyembuhan luka perinium, serta meningkatkan produksi ASI. Ibu mengerti dan mengatakan jam 08.00 WITA sudah mengonsumsi bubur kacang hijau 1 mangkok, dan minum susu ibu menyusui tiap pagi dan malam hari.

3. Mengingatkan ibu untuk istirahat yang cukup agar ibu tidak kelelahan dan untuk pemulihan kesehatan ibu, dengan cara beristirahatlah atau tidurlah disaat bayi tidur. Ibu mengerti dan mengatakan sudah melakukannya.
4. Mengingatkan ibu agar memberikan bayinya ASI saja hingga umur 6 bulan. Ibu bersedia memberikan bayinya ASI saja hingga 6 bulan.
5. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan benar dengan cara menyuruh ibu menyusui bayinya dan memperhatikan cara menyusui dan posisi menyusui. Ibu sudah menyusui bayinya dengan benar dan tidak ada hambatan saat menyusui.
6. Menjelaskan pada ibu kapan ibu dan suami bisa memutuskan untuk memulai berhubungan seksual yakni bila ibu memasukan 1-2 jari kedalam *vagina* dan tidak merasakan sakit, sudah tidak ada pengeluaran darah/ *vagina (lochea)*, tergantung dari ibu dan suami bila ibu sudah siap. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

BAYI

S:

1. Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan atau masalah
2. Isap ASI kuat.
3. Buang air kecil normal warna kuning, frekuensi 6-7 kali perhari, buang air besar normal warna kuning, frekuensi 3-4 kali sehari, konsistensi lunak.

O:

1. Keadaan umum bayi baik, gerak aktif, tonus otot baik.
2. Tanda vital: suhu 36,8 °C, nadi 120x/ menit, pernapasan 48x/ menit
3. Kulit: tidak *ikterus*, tidak ada *sianosis*, *turgor* kulit baik.

A: Bayi cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 14 hari

P:

1. Informasi pada ibu bahwa keadaan bayinya baik yang ditandai tanda vital normal yaitu suhu 36,8 °C, nadi 120x/ menit, pernapasan 48x/ menit. Ibu senang mendengar informasi tersebut.
2. Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan bayinya ASI saja hingga umur 6 bulan, dan setelah 6 bulan bayi tetap diberi ASI dan makanan pendamping

ASI, serta menyusui bayinya hingga bayi berumur 2 tahun. Ibu mengerti dan bersedia memberikan bayinya ASI saja hingga umur 6 bulan..

3. Mengingatkan ibu untuk sering memberikan bayinya ASI semau bayi atau minimal tiap 2-3 jam, serta selalu menyendawakan bayinya setiap selesai menyusui. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
4. Mengingatkan ibu untuk tetap memperhatikan kebersihan bayi, pakaian maupun tempat sehingga bayinya tidak mudah sakit yang diakibatkan oleh kurang memperhatikan kebersihan. Ibu mengerti dan bersedia selalu memperhatikan kebersihan agar bayinya tidak mudah sakit.
5. Mengingatkan ibu untuk membawa bayinya ke puskesmas Dangapada tanggal 23 juni 2018, jam 08.00 WITA untuk imunisasi BCG, dan setiap bulan ke posyandu Pisa pada tanggal 14 dalam bulan.

Hari/ tanggal: Selasa, 05 Juni 2018 Jam: 09.00 WITA

Tempat: Puskesmas Danga

BAYI

S: Ibu mengatakan anaknya tidak ada keluhan, isap ASI baik, sudah buang air kecil, sudah buang air besar warna kuning, tidak *diare*.

O:

1. Keadaan umum bayi baik, kesadaran komposmentis,
2. Tanda vital: suhu: 36,7 °C, nadi 120 x/ menit, pernapasan 48 x/ menit.
3. Berat badan: 3900 gram, panjang badan 48 cm.
4. Pemeriksaan fisik:
 - a. Kepala: tidak ada kelainan, ubun-ubun datar, tidak ada benjolan, rambut warna hitam.
 - b. Muka: bentuk simetris, tidak *ikterus*
 - c. Mata: tidak *oedema*, tidak ada sekret, *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih.
 - d. Hidung: bentuk simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung
 - e. Mulut: bibir lembab, berwarna merah muda, tidak ada *labiopalatoskisis*
 - f. Telinga: bentuk simetris, bersih, tidak ada kelainan

- g. Leher: tidak ada kelainan
- h. Dada: simetris, tidak ada tarikan dinding dada
- i. Perut: tidak ada kelainan, tali pusat sudah lepas dan kering, dinding perut supel, turgor kulit baik
- j. Punggung: tidak ada *spina bifida*
- k. Genitalia: tidak ada kelainan, *labia mayor* menutupi *labio minor*.
- l. *Ekstremitas*: bentuk normal, simetris kiri dan kanan, jari-jari tangan dan kaki bersih, kuku jari panjang, tidak ada *polidaktili*
- m. Kulit: kemerahan, tidak *sianosis*, turgor kulit baik
- n. Tonus otot: baik
- o. Pergerakan: aktif
- p. Refleks:
 - 1) Refleks *roting*: + (saat ibu menyetuhkan puting susu di samping bibir, bayi menoleh kepalanya ke arah rangsangan tersebut dan membuka mulutnya)
 - 2) Refleks *sucking*: + (refleks mengisap ASI baik)
 - 3) Refleks *moro*: + (bayi dikejutkan dengan tepukan tangan, bayi spontan mengangkat kedua tangannya seperti hendak memeluk)
 - 4) Refleks *grasping*: + (bayi menggenggam jari tangan yang di letakan pada telapak tangannya).

A: Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 21 hari

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan bayinya baik, tanda vital normal, berat badan 3900 gram, pemeriksaan fisik tidak ada kelainan. Ibu tampak senang mendengar informasi tersebut.
2. Memberikan KIE pada ibu tentang imunisasi dasar, yakni: imunisasi *hepatitis B* untuk mencegah penyakit *hepatitis B*, imunisasi *polio* untuk mencegah penyakit *polio* atau lumpuh layu, *BCG* untuk mencegah penyakit *TBC*, *DPT* untuk mencegah penyakit *difteri*, *pertusis* dan *tetanus*, dan *campak* untuk mencegah penyakit *campak*. Imunisasi dasar harus diberikan secara lengkap saat anak berusia kurang dari 1 tahun (11 bulan), dengan dosis,

interval, dan jadwal sesuai ketentuan. Ibu mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali jenis-jenis imunisasi serta manfaatnya.

3. Memberitahu ibu bahwa hari ini anaknya akan mendapat imunisasi *polio* 1 dan *BCG*. Ibu mengerti dan menyetujui anaknya untuk diberi imunisasi *polio* 1 dan *BCG*.
4. Memberikan imunisasi *polio* 1 dengan dosis 2 tetes peroral dan *BCG* dengan dosis 0,05 secara *intracutan* pada lengan kanan bagian atas. Bayi sudah diimunisasi *polio* 1 dan *BCG*.
5. Mengingatkan ibu untuk memberikan ASI saja pada bayinya hingga berumur 6 bulan. Ibu mengerti dan berjanji akan memberikan bayinya ASI saja hingga 6 bulan.
6. Menginformasikan pada ibu jadwal posyandu bulan depan pada tanggal 14 Juni 2018. Ibu sudah mengetahui jadwal posyandu bulan juni.

IBU

S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan,

O:

1. Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis
2. Tanda vital: Tekanan darah 110/ 70 mmhg, nadi 84x/ menit, suhu 36, 5 °C, pernapasan 16 x/ menit.
3. Berat badan: 58 kg
4. Pemeriksaan fisik:
 - a. Muka: tidak pucat, tidak *oedema*
 - b. Mata: tidak oedema, *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih
 - c. Payudara: simetris, membesar, tidak ada nyeri dan bengkak, puting susu menonjol, keluar ASI dari kedua puting susu.
 - d. Perut: dinding perut supel, *fundus uteri* sudah tidak teraba
 - e. Genital: bekas luka perinium sudah kering, tidak merah, tidak bengkak dan tidak ada pus, pengeluaran pervagina: lendir warna putih (*lochea albicans*).
 - f. *Ekstremitas* atas: bersih, kuku tidak pucat, kuku pendek, tidak *oedema*.
 - g. *Ekstremitas* bawah: tidak *oedema*, fungsi gerak normal.

A: P3AOAH3 *post partum* normal hari ke- 21

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaannya baik yang ditandai tanda vital dan pemeriksaan fisik semuanya dalam batas normal. Ibu mengerti dan senang mendengar informasi tersebut.
2. Mengajarkan ibu untuk tetap mengonsumsi makanan bergizi dan istirahat yang cukup. Ibu mengerti dan bersedia tetap mengonsumsi makanan bergizi dan istirahat cukup.
3. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan benar. Posisi menyusui benar dan bayi tampak menyusui dengan tenang.

Hari / tanggal: Senin, 25-06-2017

Jam: 09.00 WITA

Tempat: Puskesmas Danga

IBU

S:

1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan
2. Ibu mengatakan ingin mengikuti kontrasepsi suntik tiga bulan.

O:

1. Keadan umum ibu baik, kesadaran komposmentis
2. Status emosional: stabil/ tenang
3. Tanda vital: tekanan darah: 110/ 70 mmhg, nadi 78x/ menit, pernapasan 16 kali/ menit, suhu 36, 6 °C
4. Berat badan 50 kg
5. Pemeriksaan fisik:
 - a. Mata: tidak ada *oedema*, *conjungtiva* merah muda, *sklera* putih
 - b. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar *limfe* dan kelenjar *tiroid*, tidak ada bendungan pada *vena jugularis*.
 - c. Dada: simetris, kencang dan tegang, ada pengeluaran ASI dari kedua puting susu, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada kemerahan.

- d. *Abdomen*: tidak ada bekas luka operasi, dinding perut supel, tidak ada benjolan, kandung kemih kosong.
- e. Ekstremitas atas: bersih, tidak pucat, tidak *oedema*
- f. Ekstremitas bawah: tidak *oedema*, tidak ada varises, tidak ada kemerahan, tidak ada nyeri, fungsi gerak normal.

A: P3AOAH3 *post partum* normal hari ke-41 calon akseptor suntik *depoprovera*

P:

1. Menginformasikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu baik, tanda vitalnya normal yaitu: nadi 78x/ menit, tekanan darah 110/70 mmhg, suhu 36, 6 °C, pernapasan 16 x/ menit. Berat badan 58 kg, pemeriksaan fisik normal. Ibu tampak senang mendengar informasi tersebut.
2. Menanyakan pada ibu apakah ada penyulit yang dialami ibu selama masa nifas seperti perdarahan lewat jalan lahir, demam, kaki tampak merah, oedema pada tangan dan wajah, payudara bengkak merah dan nyeri. Ibu mengatakan selama 41 hari masa nifas ibu tidak mengalami penyulit apapun.
3. Mengingatkan ibu untuk memberikan bayinya ASI eksklusif, membawa bayinya tiap bulan ke posyandu sampai anaknya berumur 5 tahun agar terdeteksi pertumbuhan dan perkembangan anak dan mendapat pelayanan vitamin A, dan imunisasi dasar lengkap. Ibu mengerti dan bersedia memberi bayinya ASI saja hingga umur 6 bulan dan mengikuti posyandu tiap bulan.
4. Menjelaskan pada ibu tentang beberapa alat kontrasepsi, cara kerja, keuntungan serta kerugian masing-masing kontrasepsi dengan menggunakan lembar balik yang tersedia di Puskesmas Danga seperti: alat kontrasepsi dalam rahim berupa coper T, *implan* atau susuk, suntikan 3 bulan, dan kondom. Ibu mengerti dan memilih untuk kontrasepsi suntik 3 bulan.
5. Melayani kontrasepsi suntikan tiga bulan, yakni *depoprovera* secara IM pada bokong kanan ibu. Sudah diberikan kontrasepsi suntikan pertiga bulan.

6. Menjadwalkan suntikan ulang pada tanggal 06 september 2018 Menjelaskan pada ibu untuk mengingatnya dengan memberi tanda merah pada kalender. Ibu mengerti dan bersedia kembali sesuai jadwal.
7. Melakukan pendokumentasian semua asuhan dalam buku register KB, dan kartu KB (K1) yang diberikan untuk ibu sebagai akseptor. Semua asuhan sudah didokumentasikan.

C. Pembahasan

Data yang dikaji berupa data identitas ibu dan suami, keluhan utama, riwayat haid, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kontrasepsi, riwayat kesehatan ibu dan keluarga, keadaan psikososial, dan riwayat sosial kultur.

Data identitas: Ny. Y.D, umur 29 tahun, pendidikan SMA, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, dan suaminya bernama Tn. E.J, umur 34 tahun, pendidikan SMA, pekerjaan Wiraswasta. Hal ini mempengaruhi dalam pemenuhan kebutuhan hidup dan pengambilan keputusan apabila ada masalah dengan kehamilan ibu.

Data riwayat perkawinan ditemukan status pernikahan sudah menikah. Status pernikahan bisa berpengaruh pada psikologi ibu pada saat hamil (Romauli, 2011).

Keluhan ibu saat pengkajian awal ibu mengatakan sakit pinggang, pusing, dan ibu mengatakan frekuensi buang air besar 2 hari sekali. Beberapa ketidaknyamanan trimester III diantaranya sakit pinggang disebabkan oleh *kurvatura* dari *vertebra lumbosakral* yang meningkat saat *uterus* terus membesar dan *spasme* otot karena tekanan pada syaraf, kram pada kaki dapat terjadi karena kekurangan asupan kalsium, pembesaran *uterus* sehingga memberikan tekanan pada pembuluh darah *pelvik* dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah. *Obstipasi* diduga terjadi akibat penurunan *peristaltik* yang disebabkan oleh relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah *progesteron*, dan juga sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi (Marmi, 2011).

Riwayat ANC, ibu melakukan pemeriksaan kehamilan pertama kali saat usia kehamilan 12 minggu dan selama hamil pemeriksaan sebanyak 9 kali. Menurut Walyani (2015) pemeriksaan kehamilan pertama dilakukan segera setelah diketahui ibu terlambat haid, pemeriksaan ulangan setiap bulan sampai umur kehamilan 6-7 bulan, setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 8 bulan, dan setiap minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.

Selama pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Danga ibu mendapat tablet tambah darah 60 tablet, vitamin c 60 tablet dan kalsium laktat 60 tablet. Setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan. Ketidakcukupan kebutuhan tablet tambah darah diakibatkan ibu memeriksakan kehamilannya setelah usia kehamilan 8 bulan.

Ibu sudah mendapat imunisasi TT 1 kali yaitu TT4 diberikan tanggal 02-11-2017, Menurut Kemenkes RI (2015) imunisasi TT1 diberikan saat kunjungan ANC pertama atau saat menjadi calon pengantin, dan TT2 diberikan 4 minggu setelah TT1 dengan masa perlindungan selama 3 tahun, dan interval pemberian imunisasi TT3 yaitu 6 bulan setelah TT2.

Kunjungan rumah tanggal 13-05-2018, ibu mengeluh sakit perut dan pinggang sesekali dan belum ada tanda lendir darah dari jalan lahir. Akhir kehamilan sering terjadi kontraksi *uterus* yang disebut juga *his* palsu (*broxton hicks*) (Prawirhardjo, 2014). Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

Tafsiran persalinan 15 Mei 2018, perhitungan dilakukan dengan menambah 9 bulan dan 7 hari pada HPHT, atau dengan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun (Romauli, 2011). Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, tanda vital normal yaitu tekanan darah berkisar 110/ 60 sampai 110-80 mmhg, nadi 80 sampai 88 kali/ menit, suhu 36,8 sampai 37 °C, pernapasan 18 sampai 20 kali/ menit. Tinggi badan 148 cm, lila 27 cm. Tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Berat badan pada akhir kehamilan 54 kg, sebelum hamil berat badan 47 kg. Terjadi kenaikan berat badan 7 kg. Menurut Romauli (2011) normalnya penambahan berat badan ibu hamil dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6,5 sampai 16,5 kg. Berdasarkan IMT didapatkan hasil 20, 32. Menurut Pantikawati, dkk (2012) nilai IMT ibu hamil normal berkisar antara 20-24,9. Hal ini berarti Ny.Y.D memiliki kenaikan berat badan normal dan IMT normal. Tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pemeriksaan penunjang: pemeriksaan *Hb* dan *HBsAg* dilakukan saat kunjungan berikutnya pada usia kehamilan 39 minggu 2 hari. Saat melakukan pengkajian awal tanggal 10-05-2018, sudah disarankan untuk pemeriksaan *Hb*, *HbsAg* namun ibu mengatakan bersedia melakukan pemeriksaan setelah mendapat persetujuan dari keluarganya. Hasil pemeriksaan *Hb* 11 gram%, *HBsAg* negatif. Pemeriksaan penunjang seperti *Hb* dilakukan minimal 1 kali pada trimester pertama dan 1 kali pada trimester ketiga, yang bertujuan untuk mengetahui apakah ibu hamil menderita *anemia* (Walyani, 2015). Hasil pemeriksaan digolongkan sebagai berikut: *Hb* 11 gr% tidak *anemia*, *Hb* 9-10 gr% *anemia* ringan, *Hb* 7-8 gr% *anemia* sedang, < 7 gr% *anemia* berat (Romauli, 2011). Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena ibu telah memeriksakan *Hb* dan hasilnya ibu tidak *anemia*.

Berdasarkan data yang diperoleh pada pengkajian data subyektif dan data obyektif maka penulis menegaskan diagnosa: G3P2AOAH2 hamil 39 minggu 2 hari janin hidup tunggal letak kepala *intra uteri* keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik. Perumusan diagnosa kebidanan mengacu pada 9 iktisar kebidanan, 3 digit varney, dan nomenklatur kebidanan (WHO, 2011). Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek

Penulis telah melakukan penatalaksanaan sesuai dengan diagnosa dan masalah yang ditemukan. Penatalaksanaan yang telah dilakukan meliputi: menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya, menjelaskan ketidaknyamanan trimester III yang dialami ibu, memberikan tablet tambah darah, vitamin c dan kalsium laktat, menginformasikan tanda awal persalinan, menjelaskan tentang persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi,

menginformasikan tanda bahaya kehamilan trimester III, menganjurkan ibu untuk olahraga ringan seperti jalan-jalan santai di pagi hari, menganjurkan ibu untuk makan makanan bergizi seimbang dan istirahat yang cukup, memberi ibu suport, menginformasikan beberapa metode kontrasepsi, menjadwalkan kunjungan ulang, mendokumentasikan semua asuhan dalam kartu ibu, buku KIA, dan register kohort.

Ibu mengeluh merasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah hilang timbul sejak jam 03.00 WITA. Keluar tanda berupa lendir darah lewat jalan lahir sejak jam 10.00 WITA, belum keluar air-air banyak dari jalan lahir. kondisi tersebut sesuai dengan pernyataan menurut Marmi (2012) bahwa tanda persalinan pada umumnya klien mengeluh nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, adanya *his* yang semakin sering dan teratur, keluar lendir darah, perasaan ingin buang air kecil sedikit-sedikit.

Pukul 14.00 WITA ibu mengatakan sakit perut pinggang semakin sering dan lama, rasa ingin buang air besar tiap kali perut terasa kencang. Perubahan fisiologis secara umum yang terjadi pada persalinan kala II yaitu *his* menjadi lebih kuat dan lebih sering, timbul tenaga untuk meneran, perubahan dalam dasar panggul, lahirnya fetus (Rukiah, dkk, 2012). Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pukul 14.35 WITA ibu mengatakan perutnya mules. Hal ini disebabkan oleh kontraksi *uterus*. Setelah bayi lahir *uterus* teraba keras dengan *fundus uteri* agak di atas pusat, beberapa menit kemudian *uterus* berkontraksi lagi untuk melepaskan *plasenta* dari dindingnya (Marmi, 2012). Setelah bayi lahir *uterus* masih mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan *kavum uteri* tempat *implantasi plasenta* (Kuswanti dkk, 2013). Dalam hal ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus.

Kala IV, ibu mengatakan rasa mules diperut sudah mulai berkurang. Rasa mules terjadi akibat kontraksi *uterus* sehingga tidak terjadi perdarahan post partum. Menurut Marmi (2012) *uterus* yang berkontraksi normal harus teraba keras ketika disentuh atau diraba. Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

Jam 10.45 WITA, ibu masuk puskesmas Danga. Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, tanda vital pemeriksaan fisik, pemeriksaan *obstetrik* tidak ditemukan kelainan. Tafsiran berat janin dihitung berdasarkan TFU adalah 2635 gram, kontraksi *uterus* 2x/ 10 menit lamanya 30 detik. Jam 11.00 WITA dilakukan pemeriksaan dalam oleh bidan dengan hasil *vulva vagina*: ada pengeluaran lendir campur darah, tidak ada varises, tidak ada *kondiloma*, *portio* tebal lunak, pembukaan 6 cm, selaput ketuban utuh, bagian terendah kepala, turun *hodge* I. Menurut Ilmiah (2015) dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul *his* dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersamaan darah disertai dengan pendataran (*effacement*). Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

Jam 14.00 WITA, ibu tampak kesakitan, tampak ada dorongan untuk meneran, *his* 4x/ 10 menit lamanya 45 detik, DJJ normal 140 x/ menit. Pengeluaran lendir darah pervagina semakin banyak, perinium tampak menonjol, anus dan *vulva* tampak membuka. Pemeriksaan dalam oleh bidan, hasilnya: *vulva vagina*: ada pengeluaran lendir darah bertambah banyak, tidak ada luka parut, tidak ada varises, tidak ada *kondiloma*, tidak ada *oedema*, *portio* tidak teraba, pembukaan 10 cm, penipisan 100%, letak: kepala, posisi UUK depan teraba *sutura sagitalis* berjauhan (*molase* 0), tidak teraba bagian kecil janin dan tali pusat disamping kepala, selaput ketuban utuh, turun *hodge* IV. Tanda dan gejala persalinan *kala* II ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasa ada peningkatan tekanan pada rektum/ *vagina*, perinium menonjol, *vulva vagina* dan *spiter ani* membuka, meningkatnya pengeluaran lendir darah (Ilmiah, 2015). Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

Kala III, keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, *palpasi* TFU setinggi pusat, ada tanda-tanda pelepasan *plasenta*: *uterus* bulat dan keras, tali pusat bertambah panjang, ada semburan darah tiba-tiba, perdarahan \pm 100cc. *Uterus* teraba keras, TFU setinggi pusat, rahim akan berkontraksi (terasa sakit), rasa sakit biasanya menandakan lepasnya *plasenta* dari perlekatnya di rahim, pelepasan ini biasanya disertai perdarahan baru. Tanda-

tanda pelepasan *plasenta* yaitu perubahan bentuk uterus, semburan darah tiba-tiba, tali pusat bertambah panjang, perubahan posisi *uterus* (Kuswanti dkk, 2013). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Kala IV, keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, *palpasi*: TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi *uterus* baik, kandung kemih kosong, perdarahan ± 10 cc. Menurut Marmi (2012) setelah kelahiran *plasenta uterus* dapat ditemukan di tengah-tengah *abdomen* kurang lebih dua pertiga sampai tiga seperempat antara *simfisis pubis* dan *umbilikus*, *uterus* yang berkontraksi normal harus teraba keras saat disentuh, kandung kemih yang penuh mengganggu kontraksi *uterus* dan memungkinkan peningkatan perdarahan. Berdasarkan pernyataan tersebut, berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Berdasarkan hasil pengkajian data subyektif dan data obyektif maka penulis menetapkan diagnosa: Kala I: G3P2AOAH2 hamil 40 minggu janin tunggal hidup letak kepala *intra uteri* keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik *inpartu kala I fase laten*. Ibu sudah memasuki *inpartu* dengan usia kehamilan *aterm*. Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) (Hidayat dkk, 2010). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Kala II: G3P2AOAH2 hamil 40 minggu janin tunggal hidup letak kepala *intra uteri* keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik *inpartu kala II*. Masalah yang ditemukan adalah nyeri. *Kala II* dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Perubahan fisiologis secara umum yang terjadi pada persalinan *kala II* adalah *his* menjadi lebih kuat dan lebih sering, timbul tenaga untuk meneran, perubahan dalam dasar panggul, lahirnya fetus. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Kala III: P3AOAH3 *inpartu kala III*. *Kala III* dimulai sejak bayi lahir sampai *plasenta* lahir (Marmi, 2012). Hal ini menunjukkan diagnosa yang ditetapkan sesuai dengan teori. Kala IV: P3AOAH3 *in partu kala IV*. Kala IV persalinan dimulai sejak *plasenta* lahir sampai 2 jam setelah *plasenta* lahir (Rukiah, dkk, 2012).

Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dengan diagnosa yang ditetapkan.

Penatalaksanaan yang diberikan pada kala I adalah menginformasi hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya, menganjurkan ibu untuk jalan-jalan karena dengan gaya gravitasi bumi membantu mempercepat penurunan kepala janin, dan jika ibu lelah tidur miring ke kiri, mengajarkan ibu untuk teknik relaksasi pada saat kontraksi, menganjurkan ibu untuk berkemih jika ibu menginginkan atau setiap 2 jam agar penurunan kepala janin tidak terhambat oleh kandung kemih yang penuh. Memberitahu ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap, menganjurkan ibu untuk tetap makan dan minum agar tidak kehilangan tenaga sewaktu melahirkan. Melakukan observasi *his*, DJJ, pembukaan *serviks*, tekanan darah, nadi dan suhu. Hasilnya dalam batas normal dan tidak ditemukan kesenjangan. Bidan menyiapkan peralatan untuk menolong persalinan.

Dilakukan evaluasi, jam 14.00 WITA pembukaan 10 cm. Menurut JnPK-KR (2008) menjelaskan dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (*nulipara* atau *primigravida*) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (*multipara*). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Jam 14.00 WITA, menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap, membantu ibu memilih posisi meneran yang nyaman menurut ibu, mengajarkan pada ibu cara meneran, memberikan ibu supor, melakukan kolaborasi dengan bidan untuk menolong persalinan menggunakan 58 langkah APN. Setelah 30 menit ibu dipimpin meneran. Jam 14.30 WITA bayi lahir spontan letak belakang kepala segera menangis kuat, tonus otot baik, gerakan aktif, keringkan tubuh bayi, bungkus dengan kain hangat, potong tali pusat kemudian dilakukan IMD selama 1 jam. Kala II Ny.Y.D berlangsung 30 menit dari pembukaan lengkap jam 14.00 WITA sampai bayi lahir jam 14.30 WITA. Proses persalinan *kala II* berlangsung 2 jam pada *primi* dan 1 jam pada *multi* (Hidayat dkk, 2010). Tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Memastikan tidak ada janin lagi

dalam *uterus*, bidan memberikan suntikan oksitosin 10 IU secara *intra muskuler* pada paha kanan. Memindahkan klem tali pusat hingga 5-6 cm dari *vulva*. Saat *uterus* berkontraksi melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan tangan kiri melakukan *dorso kranial* secara hati-hati. Jam 14.35 WITA *plasenta* lahir spontan lengkap. Melakukan masase *uteri* segera setelah *plasenta* lahir selama 15 detik, hasilnya kontraksi *uterus* baik. Memeriksa kedua sisi *plasenta* untuk memastikan *plasenta* lahir lengkap, hasilnya selaput ketuban utuh dan *kotiledonnya* lengkap. Manajemen aktif kala III terdiri atas 3 langkah utama yaitu pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT), dan masase *fundus uteri* (Marmi, 2012). Asuhan yang diberikan pada kala III sudah sesuai dengan teori artinya tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Kala III Ny.Y.D berlangsung 5 menit dimulai dari bayi lahir jam 14.30 WITA sampai *plasenta* lahir jam 14.35 WITA. Biasanya *plasenta* lepas dalam waktu 5 sampai 6 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada *fundus uteri* (Rukiah dkk, 2012). Hal menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Memastikan *uterus* berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan, mengajarkan ibu dan keluarga tentang cara masase *uterus* dan cara menilai kontraksi *uterus*. Melakukan penjahitan luka perinium derajat dua dengan cara jelujur menggunakan benang *catgut*. Melakukan pemeriksaan tanda vital, kandung kemih, *TFU*, kontraksi *uterus*, dan perdarahan tiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan tiap 30 menit dalam 1 jam berikutnya. Hasilnya tanda vital normal, *TFU* 1 jari bawah pusat, kontraksi *uterus* baik, total perdarahan selama *kala IV* ± 100 cc, *urine* ± 150 cc. Menurut Rukiah (2012) *kala IV* merupakan masa kritis bagi ibu karena kebanyakan wanita melahirkan kehabisan darah atau mengalami suatu keadaan yang menyebabkan kematian pada *kala IV*. Selama *kala IV* bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. *Kala IV* tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek. Kesimpulannya pada *kala IV* persalinan Ny. Y.D, berjalan normal dan tidak ditemukan kelainan atau komplikasi.

Bayi baru lahir, enam jam pertama, ibu mengatakan bayinya sudah bisa menyusui dan isapannya kuat, sudah buang air kecil 1x, dan buang air besar 1x warna hitam. Dewi (2010) menjelaskan pada *traktusdigestivus* mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas *mukopolisakarida* atau disebut dengan *mekonial*.

Ku bayi baik, tanda vital dalam batas normal yaitu suhu bekisar antara 36,7 - 37 °c, nadi 120 -133 x/ menit, pernapasan 48- 50 x/ menit. Berat badan 3500 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar perut 32 cm. *APGAR score* 8/ 9/ 10. Hasil pemeriksaan fisik semua dalam batas normal. Menurut Dewi (2010) ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut: lahir *aterm* antara 37-42 minggu, berat badan 2500 gram – 4000 gram, panjang badan 48- 52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, frekuensi jantung 120-160 x/ menit, pernapasan 40-60 x/ menit, kulit kemerahan dan licin, nilai *APGAR* > 7, dan seterusnya. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Imunisasi HB 0 diberikan saat bayi berusia 1 hari di puskesmas Danga. Imunisasi HB 0 diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1. Imunisasi HB 0 harus diberikan pada bayi umur 0-7 hari (Kemenkes RI, 2010). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Pemberian HB0 setelah bayi berusia 1 hari dikarenakan mengikuti prosedur tetap yang ada di puskesmas danga.

Berdasarkan data subyektif dan data obyektif penulis menentukan diagnosa untuk bayi baru lahir adalah neonatus cukup bulan sesuai usia kehamilan. Terdapat semua ciri-ciri bayi baru lahir normal menurut Dewi (2010) pada bayi Ny Y.D Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir dalam 2 jam pertama hingga 6 jam *post partum* diantaranya menjaga bayi tetap hangat dengan melakukan IMD selama 1 jam. Menurut Hidayat dan Clervo (2012) cara menjaga bayi tetap hangat diantaranya dengan membungkus bayi terutama bagian kepala dengan selimut hangat dan kering, meletakkan bayi diatas perut

ibu sambil menyelimuti keduanya dengan selimut kering, tidak memandikan sedikitnya 6 jam setelah bayi lahir.

Pelaksanaan IMD selama 1 jam pertama, bayi tidak mencapai puting susu ibunya. Biarkan kontak kulit ke kulit ini menetap selama setidaknya 1 jam bahkan lebih sampai bayi dapat menyusui sendiri (JNPK-KR, 2008). Aspek psikologik, rasa percaya diri ibu untuk menyusui dipengaruhi oleh emosi ibu dan kasih sayang terhadap bayinya, serta interaksi ibu dan bayi (pertumbuhan dan perkembangan psikologik bayi tergantung pada kesatuan ibu bayi tersebut) (Proverawati dan Asfuah, 2009). Hal ini menunjukkan adanya hubungan ketidak berhasilan IMD pada 1 jam pertama dipengaruhi psikologi ibu karena kehamilan ini merupakan kehamilan tidak diinginkan. Mengajarkan ibu untuk memberikan bayinya ASI sejak dini dan bayi hanya diberi ASI saja hingga 6 bulan pertama. Menurut Marmi (2012) pemberian ASI saja cukup pada periode umur 0-6 bulan. Melakukan observasi tanda vital, warna kulit, gerakan, isap ASI, perdarahan tali pusat, kejang, buang air kecil/ buang air besar, yang dilakukan tiap 15 menit pada 1 jam pertama dan tiap 30 menit pada 1 jam berikutnya. Hasilnya semuanya dalam keadaan normal. Mengajarkan ibu untuk sering melakukan kontak dengan bayinya seperti memeluk dengan kasih sayang, menganjurkan ibu untuk sering menyusui bayinya dan mengajarkan teknik menyusui yang benar, mengajarkan ibu dan keluarga cara menjaga bayi agar tetap hangat dan menjelaskan cara perawatan tali pusat serta tanda bahaya pada bayi baru lahir. Ibu mengerti dan bersedia melakukan asuhan yang telah diberikan. Melakukan kunjungan neonatus 1 pada saat 6 jam *post partum*, melakukan kunjungan neonatus pada 7 hari *post partum* dan kunjungan neonatus 3 pada saat bayi berumur 21 hari. Jadwal kunjungan neonatus 1: 6-48 jam, kunjungan neonatus 2: 3-7 hari, dan kunjungan neonatus 3: 8 -28 hari (Kemenkes RI, 2015). Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

Enam jam *post partum*, ibu mengeluh perut rasa mules saat bayi menyusui, sudah buang air kecil, belum buang air besar. Kunjungan hari ke 7 ibu mengeluh sakit pada punggung, ASI sudah semakin banyak, darah yang

keluar dari jalan lahir berwarna merah kecoklatan dan ada lendir, sudah bisa buang air besar.

Oksitoksin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot *uterus* sehingga akan menekan pembuluh darah dan mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke *uterus* (Ambarwati dkk, 2010). Sakit perut yang dirasakan ibu akibat kontraksi *uterus*. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Menurut Yanti, dkk (2014) miksi normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam, dan diharapkan ibu dapat buang air besar sekitar 3-4 hari *post partum*. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antar teori dan kasus.

Enam jam *post partum*, keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, tanda vital normal. puting susu menonjol, sudah ada pengeluaran *colostrum* dari kedua puting susu, *TFU* 2 jari bawah pusat, kontraksi *uterus* baik, pengeluaran darah pervagina berwarna merah/ *lochea rubra*, pemeriksaan fisik lainnya normal. Kunjungan hari ke-6, kontraksi *uterus* baik, *TFU* pertengahan pusat simpisis, perdarahan pervagina berwarna merah kecoklatan dan bercampur lendir, pemeriksaan fisik lainnya normal. Kunjungan hari ke 14, keadan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, tanda vital normal, *TFU* sudah tidak teraba, tidak ada pengeluaran darah pervaginam.

Menurut Yanti dkk (2011) perubahan-perubahan normal pada *uterus* selama *postpartum* plasenta lahir: *TFU* setinggi pusat, 6 hari: *TFU* pertengahan pusat *simpisis*, 14 hari: tidak teraba, 6 minggu: normal. Proses keluar darah nifas (*lochea*) terdiri atas 4 tahapan, yaitu: hari 1-3: *lochea rubra*, berwarna merah kehitaman; hari 3-7: *lochea sanguinolenta*, berwarna putih bercampur merah; hari 7-14: *lochea serosa*, berwarna kekuningan/ kecoklatan; > 14 hari: *lochea alba*, berwarna putih (Yanti dkk, 2011). Hal ini menunjukkan tidak ada perbedaan antara teori dan kasus.

Berdasarkan pengkajian data subyektif dan data obyektif maka penulis menentukan diagnosa P3P0AOAH3 *post partum* normal. Masa nifas

adalah masa dimulainya beberapa jam sesudah lahirnya *plasenta* sampai 6 minggu setelah melahirkan (Yanti dkk, 2011). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antar teori dan kasus.

Menganjurkan ibu untuk sering mengontrol dan menilai kontraksi *uterus*nya, menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini, menganjurkan ibu untuk makan makanan bergizi seimbang, menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan diri terutama daerah genitalia. Menginformasikan tanda bahaya pada nifas, menganjurkan ibu untuk istirahat cukup, menganjurkan ibu untuk minum obat secara teratur yakni tablet tambah darah 1x1 tablet (30 tablet), amoksisilin 500 mg 3x1 tablet (15 tablet), asam mefenamat 3x1 (10 tablet), vitamin A 200.000 IU 2 kapsul yang diminum hari pertama 1 kapsul dan 1 kapsulnya 24 jam kemudian, menjelaskan pada ibu perubahan pengeluaran pervagina, menjelaskan penyebab dan cara mengatasi ketidaknyamanan yang dirasakan ibu. Ibu telah melakukan semua asuhan yang telah di jelaskan.

Selama masa nifas penulis melakukan kunjungan nifas 1: 6 jam *post partum*, kunjungan nifas 2: hari ke-6 dan kunjungan nifas 3: 14 hari *post partum*, kunjungan nifas3: 40 hari *post partum*. Sudah melakukan semua asuhan sesuai dengan keadaan dan kebutuhan ibu nifas.

Menurut Yanti, dkk (2014) jadwal kunjungan nifas yaitu kunjungan nifas I: 6 jam -3 hari *post partum*, kunjungan nifas II: 6 hari *post partum*, kunjungan nifas III: 2 minggu *post partum*, kunjungan nifas III: 6 minggu *post partum*. Penulis melakukan kunjungan nifas sebanyak 3 kali sesuai jadwal kunjungan nifas. Selama masa nifas tidak ditemukan masalah atau komplikasi. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antra teori dan paraktek.

Keluarga Berencana (KB), ibu mengatakan tidak ada keluhan dan mengatakan ingin menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan. Ibu dan suami sudah sepakat untuk mengikuti kontrasepsi suntikan 3 bulan setelah 40 hari *post partum*.

Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, status emosional stabil, berat badan 56 kg, pemeriksaan fisik lain tidak ditemukan masalah. Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi

(misalnya pil, suntikan, atau AKDR) adalah untuk menentukan apakah ada kehamilan, keadaan yang membutuhkan perhatian khusus, masalah (misalnya diabetes, tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut. Hal menunjukkan tidak ada kesenjangan antar teori dan prakteknya.

Berdasarkan pengkaji data subyektif dan data obyektif maka penulis menentukan diagnosa calon akseptor suntik *depoprovera*.

Penatalaksanaan yang penulis lakukan antara lain menginformasikan hasil pemeriksaan, menjelaskan tentang beberapa alat kontrasepsi, cara kerja dan efek sampingnya, melayani kontrasepsi suntikan *depoprovera*, menginformasikan jadwal suntikan ulangan, dan melakukan pendokumentasian. Sebelum melayani kontrasepsi suntik, penulis melakukan pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik, memberikan penjelasan tentang alat kontrasepsi, sesuai dengan prosedur tetap. Ny Y.D sudah menjadi akseptor suntik *depoprovera*.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Asuhan kebidanan pada ibu hamil Ny. Y.D, telah dilakukan pengkajian data subyektif, obyektif serta interpretasi data diperoleh diagnosa kebidanan G3P2AOAH2 UK 39 minggu 2 Hari janin hidup, tunggal, Intra uteri, letak kepala, keadaan ibu dan janin baik.
2. Asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. Y.D usia gestasi 40 Minggu Persalinan berjalan dengan normal tanpa ada penyulit dan komplikasi yang menyertai.dengan 58 langkah Asuhan Persalinan Normal pada tanggal 15 Mei 2018.
3. Asuhan Kebidanan Nifas pada Ny.Y.D dari tanggal 15 Mei 2018 – 25 Juni 2018 yaitu 2 jam , 6 jam, 6 hari,14 hari dan 21 hari postpartum, selama pemantauan masa nifas, berlangsung dengan baik dan tidak ditemukan tanda bahaya atau komplikasi.
4. Asuhan bayi baru lahir Ny.Y.D yang berjenis kelamin laki-laki, BB 3500 gram, PB 49 cm. Tidak ditemukan adanya cacat serta tanda bahaya. Bayi telah diberikan salep mata dan Vit K 1 mg/0,1 cc, dan telah diberikan imunisasi HB₀ usia 6 hari dan saat pemeriksaan dan pemantauan bayi sampai iusia 2 minggu tidak ditemukan komplikasi atau tanda bahaya.
5. Ny. Y. D memutuskan untuk belum menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulanan.

B. Saran

Sehubungan dengan kesimpulan di atas, maka penulis menyampaikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Jurusan Kebidanan
Studi kasus ini dapat menjadi acuan bagi mahasiswa selanjutnya dalam menyusun asuhan kebidanan berkelanjutan dan menjadi kontribusi bagi

perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu kebidanan yang berkaitan dengan asuhan kebidanan berkelanjutan

2. Bagi Puskesmas Danga

Informasi bagi pengembangan program kesehatan ibu hamil sampai nifas atau asuhan berkelanjutan, dengan lebih banyak lagi memberikan penyuluhan kepada ibu hamil sampai ibu nifas, dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan agar dapat menerapkan setiap asuhan kebidanan sesuai dengan teori dari mulai kehamilan, persalinan, nifas dan BBL, dan KB.

3. Bagi Profesi

Menerapkan asuhan kebidanan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan yang telah ditetapkan sesuai dengan kewenangan bidan yang diberikan kepada profesi bidan, serta diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam melakukan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada klien.

4. Bagi Klien dan Masyarakat

Memiliki kesadaran untuk selalu memeriksakan keadaan kehamilannya secara teratur sehingga akan merasa lebih yakin dan nyaman karena mendapatkan gambaran tentang pentingnya pengawasan pada saat hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir dengan melakukan pemeriksaan rutin di pelayanan kesehatan dan mendapatkan asuhan secara berkelanjutan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Asri, Dwi dan Clervo, Christine.2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ambarwati, Eny Retna dan Wulandari, Diah.2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jogjakarta: Nuha Medika.
- Dinas Kesehatan NTT.2015. *Profil Kesehatan Propinsi NTT Tahun 2015*. Kupang: Dinkes NTT.
- Depkes RI.2007. *Keputusan Menteri Kesehatan No. 938/ Menkes/SK/ VIII/ 2007 Tentang Standar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Depkes RI.
- Dewi,V.N.Lia.2010. *Asuhan Neonatus, Bayi, Dan Anak Balita*. Yogyakarta: Salemba Medika.
- Doenges, Marlynn dan Moorhouse, Mary Franes.2001. *Rencana Perawatan Maternal/ Bayi*. Jakarta: EGC.
- Dompas, Robin.2011. *Buku Saku Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita*. Jakarta: EGC.
- Erawati, Ambar Dewi.2011. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, Asri dan Sujiyatini.2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Handayani, Sri.2010. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Ilmiah Widia Shofa.2015. *Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- JNPK-KR.2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Depkes RI.
- Kristiyanasari, Weni.2011. *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kemenkes RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Menkes RI.
- _____.2015. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Edisi Kedua*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Ibu.
- _____.2015. *Buku KIA*. Jakarta: Kemenkes RI.

- _____. 2010. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*. Jakarta: Depkes RI.
- Lailiyana, dkk. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta: EGC.
- Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- _____. 2012. *Intra Natal Care*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marmi dan Rahardjo, Kukuh. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mulyani, Nina Siti dan Rinawati, Mega. 2013. *Keluarga Berencana Dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Manuaba, Ida Bagus Gde Fajar. 2009. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC.
- Mentri kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*. Jakarta: Menkes RI.
- Maryunani, Anik. 2009. *Asuhan Pada Ibu Dalam Masa Nifas (Post Partum)*. Jakarta: Trans Info Media.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, dkk. 2014. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- _____. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pantika, Ika dan Saryono. 2010. *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Poedji, Rochjati. 2003. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. Surabaya: Airlangga University Press.
- _____. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BPSP.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BPSP.

- Purwanti, Eni. 2011. *Asuhan Kebidanan Untuk Ibu Nifas*. Yogyakarta: Cakrawala Ilmu.
- Proverawati, Atikah dan Asfuah Siti. 2010. *Buku Ajar Gizi Untuk Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rahmawati, Titik. 2012. *Dasar-Dasar Kebidanan*. Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Rukiah, Ai Yeyeh, dkk. 2012. *Asuhan Kebidanan II Persalinan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Romauli, Suryati. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidana I Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Roesli, Utami. 2008. *Inisiasi Menyusu Dini*. Jakarta: Trubus Agriwidya.
- Sulistiawati, Ari. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: ANDI.
- Supartini, Yupi. 2011. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Sudarti dan Khoirunnisa, Endang. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Saifuddin, AB. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BPSP.
- Sudarti dan Fauziah, Afroh. 2010. *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Varney, Helen. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- PP IBI. 2016. *Modul Midwifery Update*. Jakarta: PP IBI
- Walyani, Elisabet Siwi. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustakabarupress.
- Wahyuni, Sari. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita*. Jakarta: EGC.
- Yanti, Damai dan Sundawati, Dian. 2014. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Bandung: Refika Aditama.